

**DEMOGRAFÍA: PACIENTES NUEVOS O PACIENTES NO VISTOS EN MÁS DE 3 AÑOS****NOMBRE Y DIRECCIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE			IDIOMA PRINCIPAL
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO		CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO RESIDENCIAL	TELEFONO DE TRABAJO
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS O TIENE UN TUTOR LEGAL**

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN	CIUDAD/ ESTADO		CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO RESIDENCIAL	TELEFONO DE TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

<input type="checkbox"/> EMPLEADO	<input type="checkbox"/> DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/> RETIRADO	<input type="checkbox"/> DISCAPACITADO
EMPLEADOR	OCUPACIÓN/TÍTULO		<input type="checkbox"/> TRABAJO PLENO <input type="checkbox"/> TRABAJO REDUCIDO	
DIRECCIÓN DE EMPLEADOR			TELÉFONO DE EMPLEADOR	

**INFORMACIÓN DE SEGURO/ FACTURACIÓN**

<input type="checkbox"/> MÉDICO SEGURO	<input type="checkbox"/> SEGURO DE AUTO	COMPENSACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> PAGO PROPIO	
<b>SEGURO PRIMARIO</b>	TIPO DE SEGURO (PPO, HMO, ETC.)	TITULAR DE PÓLIZA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL GRUPO (EMPLEADOR)	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DEL GRUPO	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR
<b>SEGURO SECUNDARIO</b>	TIPO DE SEGURO (PPO, HMO, ETC.)	TITULAR DE PÓLIZA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL GRUPO (EMPLEADOR)	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DEL GRUPO	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR

**INFORMACIÓN SOBRE COMPENSACIÓN LABORAL O ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL**

¿Su queja es relacionada con un accidente?  NO  SÍ En caso afirmativo, complete la información del accidentado

<input type="checkbox"/> AUTOMÓVIL	<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL	<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD POR LESIONES CORPORALES	ESTADO	PARTES DEL CUERPO CON PROBLEMAS	NÚMERO DE RECLAMACIÓN
FECHA _____					
AJUSTADOR/ADMINISTRADOR DE CASOS			COMPañÍA	TELÉFONO	FAX

**CONTACTO DE EMERGENCIA (ALGUIEN CON UN NÚMERO DISTINTO AL SUYO)**

NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO
--------	----------	----------

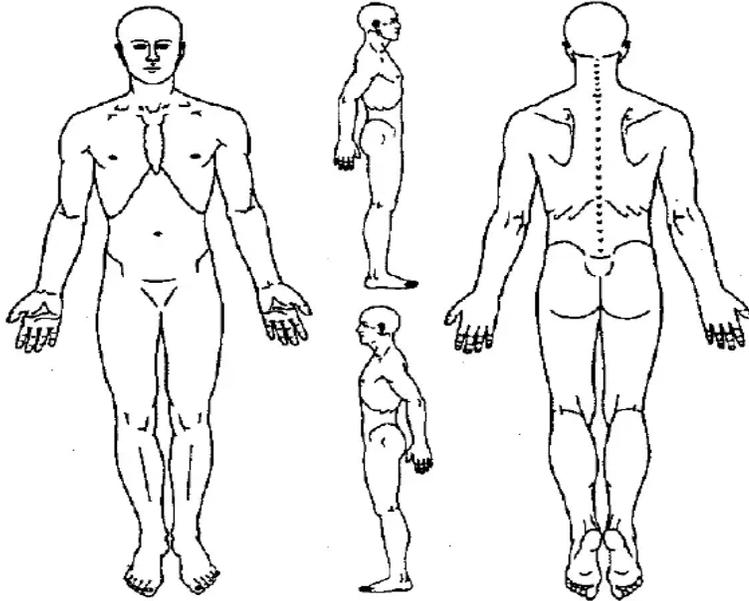
FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA	NOMBRE	DOB	EDAD	GÉNERO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO
-------	--------	-----	------	--------	------------------------------------	-----------------------------------

## ¿Cuál es su queja principal?

Marque las zonas problemáticas de dolor

<b>XX X = Dolorido</b>	<b>--- = Ardiente</b>	<b>**** = Hormigueo</b>
<b>&gt;&gt; = Fulgurante</b>	<b>/// = Punzante</b>	<b>0 0 0 = Palpitante</b>



DCHA IZQ IZQ DCHA  
ESCALA DEL DOLOR

Califique su dolor en la escala del 1 al 10 con una X

SIN DOLOR		MÍNIMO		MODERADO		INTENSO		EMERGENCIA	
0		1-3		4-6		7-9		10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

HISTORIA FAMILIAR	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Problemas de sangrado				
Diabetes				
Enfermedad del corazón				
Hipertensión				
Derrame cerebral				
Artritis Reumatoide				
Cáncer				

## SÍNTOMAS

Nivel de actividad – Por favor marque con un círculo

Sin cambios Reducido Disminuido

¿Incapaz de realizar trabajos manuales?

¿Incapaz de realizar tareas domésticas diarias?

¿Cuántas horas al día siente dolor?

**CÍRCULO:** Constante Intermitente Ocasional

¿Cuántos días a la semana siente dolor?

**CÍRCULO:** Constante Intermitente Ocasional

¿Qué actividades se ven más afectadas por su dolor?

¿Qué actividad alivia su dolor?

¿Qué actividad empeora su dolor?

¿Tiene dolor nocturno intenso?

¿Se despierta en la medianoche a causa del dolor?

Inicio de los síntomas

<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	Dolor irradiante/ punzante
<input type="checkbox"/>	Doblamiento	<input type="checkbox"/>	Rigidez
<input type="checkbox"/>	Crepitación	<input type="checkbox"/>	Hinchazón
<input type="checkbox"/>	Bloqueo	<input type="checkbox"/>	Hormigueo
<input type="checkbox"/>	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	Debilidad
<input type="checkbox"/>	Dolor	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Lesión/ Problema Similar Anterior	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

En caso afirmativo, ¿cuál?

## EVALUACIONES ANTERIORES

LUGAR EXAMEN

<input type="checkbox"/>	Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/>	TC (Tomografía computarizada)
<input type="checkbox"/>	Médico de Familia	<input type="checkbox"/>	IRM (Imagen de resonancia magnética)
<input type="checkbox"/>	Médico ortopedista	<input type="checkbox"/>	EMG/ Velocidad de conducción nerviosa
<input type="checkbox"/>	Neurólogo	<input type="checkbox"/>	Gammagrafía ósea
<input type="checkbox"/>	Clínica ambulatoria	<input type="checkbox"/>	Discografía
<input type="checkbox"/>	Clínica de compensación laboral	<input type="checkbox"/>	Radiografía

OTRO

Mielograma

Disponible para la cita de hoy

Informe  Films

## TRATAMIENTO RECIBIDO

<input type="checkbox"/>	Acupuntura	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia
<input type="checkbox"/>	Artroscopia	<input type="checkbox"/>	Apoyo psicológico
<input type="checkbox"/>	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	Cirugía
<input type="checkbox"/>	Biorretroalimentación	<input type="checkbox"/>	Unidad de ENET
<input type="checkbox"/>	Aparatos/ Apoyos Ortopédicos	<input type="checkbox"/>	Tracción
<input type="checkbox"/>	Quiropráctica	<input type="checkbox"/>	Acondicionamiento para el trabajo
<input type="checkbox"/>	Inyecciones	<input type="checkbox"/>	DOLOR ANTIINFLAMATORIO
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	DOLOR ANTIINFLAMATORIO

FECHA	NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA
Estatura	Peso	Temperatura	Presión Arterial	Pulso		
MEDICAMENTOS	DOSIS	VECES POR DÍA	<b>HISTORIAL MÉDICO / QUIRÚRGICO</b> Marque las casillas de las siguientes columnas		<b>REVISIÓN DE SISTEMAS</b>	
					Constitucional	SÍ NO
					Malestar	
					Fiebre	
					Escalafríos	
					Ojos	
			SÍ	NO		
			Anemia		Enfermedad/ Lesión ocular	
			Artritis		Cambios en la visión	
			Astma		<b>Otorrinolaringología</b>	
			Trastorno hemorrágico		Dificultad auditiva	
			Cáncer		Zumbido en el oído	
			Depresión		Problemas nasales	
			Diabetes		Dolor de garganta	
			Gota		<b>Cardiovascular</b>	
Farmacia			Enfermedades cardíacas		Dolor torácico	
Nombre:			Hipertensión arterial		Palpitaciones	
Dirección:			Hipercolesterolemia		<b>Respiratorio</b>	
			Problemas renales		Tos	
Teléfono:			Problemas hepáticos		Dificultad para respirar	
Fax:			Enfermedad pulmonar			
			Flebitis/coágulos de sangre		<b>Gastrointestinal</b>	
			Convulsiones		Dolor Abdominal	
			Lesiones graves		ERGE	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Puede tomar aspirina?			Úlceras estomacales		Vómitos	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha recibido la vacuna del tétano?			Derrame cerebral		Náuseas	
<b>En caso afirmativo, ¿cuándo?</b>			Problemas de tiroides			
			Tuberculosis			
<b>HISTORIA SOCIAL</b>			Problemas urinarios		<b>Sistema Musculoesquelético</b>	
<b>1. ¿Fuma o ha fumado tabaco alguna vez?</b> Nunca Exfumador Fumador diario Fumador ocasional			Otro		Dolores articulares	
<b>2. ¿Consume o ha consumido alguna vez otras formas de tabaco o nicotina?</b> Sí (responda las próximas 2 preguntas) No <b>A. ¿Consume o ha consumido tabaco sin humo?</b> Nunca Exconsumidor Consumidor de rapé Consumidor de tabaco masticable Consumidor de tabaco en polvo húmedo <b>B. ¿Consume o ha consumido alguna vez cigarrillos electrónicos?</b> Nunca Exconsumidor Consumidor			CURUGÍA YES NO	AÑO	HOSPITALIZADO/A	Dolores musculares
			Espalda			<b>Piel</b>
			Rodilla			Cambios en el color de la piel
			Hombro			Erupciones cutáneas
			Otro			<b>Neurológico</b>
						Debilidad
						Entumecimiento
						<b>Psicológico</b>
<b>3. ¿Cuál fue la fecha de su última prueba de detección de tabaco?</b> _____			<b>COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS</b> SÍ NO		Depresión	
					Ansiedad	
<b>4. ¿Cuál es su nivel de consumo de alcohol?</b> Ninguno Ocasional Moderado Alto						
<b>Ocupación</b>			Infecciones de heridas		<b>Endocrino</b>	
¿Cuál es su ocupación laboral?					Fatiga	
					<b>Hematológico/ Linfático</b>	
¿Podría estar embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Moretones con facilidad	
					Sangrado excesivo	
					<b>Alérgico/ Inmunológico</b>	
					Secreción nasal	
					Urticaria	
					Picazón	

Baylis & Brown Orthopedics  
350 NW 84<sup>th</sup> Avenue, Suite 312  
Plantation, FL 33324

**Autorización para la divulgación de registros médicos/ autorización de pagos/ políticas de práctica**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Liberación de información**

Yo autorizo la divulgación de información incluyendo el diagnóstico, registros; examen rendido a mí y la información de reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:

- Esposo/a \_\_\_\_\_
- Hijos \_\_\_\_\_
- Miembro(s) de la familia \_\_\_\_\_
- No ser entregado a nadie
- Nombre del médico/ oficina \_\_\_\_\_

**Verifique la información solicitada y cómo enviarla. Las placas tienen un costo de \$10.00**

\_\_\_ Registro completo      \_\_\_ Placas      \_\_\_ Correo electrónico      \_\_\_ Fax      \_\_\_ Correo

**La divulgación de información** permanecerá en vigor hasta que yo la rescinda por escrito.

**Mensajes**

Por favor llame a  mi casa       mi trabajo       mi celular  
Si no puede contactarme:  Puede dejarme un mensaje detallado       Por favor, déjeme un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada mediante esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora la autorización. Esta autorización tiene una validez de un año a partir de la fecha de su firma si no es especificada.

Entiendo que el autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una posterior divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. También entiendo que, aunque el consultorio hace sus mejores esfuerzos, la transmisión de información por correo electrónico o mensaje de texto entre el consultorio y yo puede no estar cifrada ni ser segura. Si tiene alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Registros Médicos al marcar 954-476-8800.

*Asignación de beneficios de seguro:* Por la presente autorizo el pago directamente a Baylis & Brown Orthopedics (“BABO”) y les asigno todos los derechos y beneficios que yo o el paciente podamos tener bajo cualquier póliza de seguro, incluida la protección médica, de automóvil, de lesiones personales, compensación laboral o cualquier otra cobertura, y además ordeno a dicha compañía de seguros realizar el pago de beneficios directamente. Entiendo que soy financieramente responsable ante la práctica por los cargos no cubiertos por esta asignación.

*Consentimiento para tratamiento médico y quirúrgico:* El abajo firmante por el presente consiente a todos los servicios de atención médica, tratamientos quirúrgicos, exámenes, pruebas y procedimientos, incluidos, entre otros, exámenes de rayos X, procedimientos y pruebas de laboratorio y diagnóstico, anestesia, que un médico, sus empleados, enfermeras, asociados, asistentes, o sus designados puedan considerar aconsejable para el paciente abajo firmante durante este tratamiento.

*Garantía de pago:* El paciente abajo firmante y el garante, si lo hubiera, por la presente aceptan que los cargos de BABO de acuerdo con las tarifas y términos regulares de BABO y acepta pagar cualquier cargo no cubierto por ningún tercer pagador. La práctica médica presenta los cargos al seguro como cortesía para el paciente, pero el paciente es en última instancia responsable del pago del total de los cargos incurridos. El abajo firmante acepta que si la cuenta se entrega a una agencia de cobranza o a un abogado, el paciente abajo firmante estará obligado a pagar el saldo pendiente más todos los costos judiciales, de cobranza y de abogado. El abajo firmante acepta que cualquier pago en exceso cobrado en esta cuenta se puede aplicar a cualquier cuenta morosa de la cual el paciente abajo firmante sea legalmente responsable.

*Política de referencia.* El propósito de este aviso es informarle sobre la política de nuestra oficina con respecto a las referencias. Si su plan requiere que obtenga una derivación para servicios de especialistas, es su responsabilidad hacerlo. No nos comunicamos con el médico de atención primaria (PCP en inglés) para obtener derivaciones. Si se presenta en la oficina sin una referencia, tiene la opción de pagar de su bolsillo o reprogramar su cita hasta que obtenga una referencia. Para su comodidad, aceptaremos referencias enviadas por fax. Sin embargo, es la responsabilidad del paciente/ padre/ tutor asegurarse de que la derivación se reciba en el consultorio antes de la cita. No dude en llamar a nuestra oficina para verificar que se haya recibido la referencia antes de llegar a nuestra oficina si la referencia se envía por fax. No seremos responsables de las referencias que estén vencidas o que no sean válidas. Solicite una copia de su referencia si no se le ha proporcionado una para permitirle realizar un seguimiento cuando se necesita una referencia. Informe a nuestra oficina de inmediato sobre cualquier cambio en su póliza de seguro, ya que esto puede anular cualquier referencia registrada y puede generarle gastos de bolsillo innecesarios. Si necesita ayuda para comprender su póliza de seguro, consulte a uno de nuestros miembros del personal administrativo o a la gerencia y con gusto lo ayudaremos.

*Política de sustancias controladas.* Soy responsable de mi sustancia controlada y de todos los medicamentos recetados. Si la receta o el medicamento se pierde, se extravía o me lo roban o lo uso antes de lo recetado, entiendo que no será reemplazado. No solicitaré ni aceptaré medicamentos con sustancias controladas de ningún otro médico o individuo mientras reciba dichos medicamentos de BABO. La excepción sería si estuviera hospitalizado y bajo el cuidado de otro médico. Entiendo que si violo cualquiera de las condiciones anteriores, mi relación con BABO podrá terminar. Entiendo que puedo ser reportado a las autoridades antidrogas, a otros médicos y a centros médicos locales.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_