

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	TELÉFONO DE TRABAJO
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO ☐ MASCULINO ☐ 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	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DE EMPLEO

☐ EMPLEADO	☐ DESEMPLEADO	☐ ESTUDIANTE	☐ RETIRADO	☐ DISCAPACITADO
EMPLEADOR		OCUPACIÓN/TÍTULO	☐ TRABAJO PLENO ☐ TRABAJO REDUCIDO	
DIRECCIÓN DE EMPLEADOR			TELÉFONO DE EMPLEADOR	

INFORMACIÓN DE SEGURO/ FACTURACIÓN

☐ MÉDICO SEGURO	☐ SEGURO DE AUTO	COMPENSACIÓN LABORAL		☐ PAGO PROPIO
SEGURO PRIMARIO	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
SEGURO SECUNDARIO	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

☐ AUTOMÓVIL	☐ COMPENSACIÓN LABORAL	☐ 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)

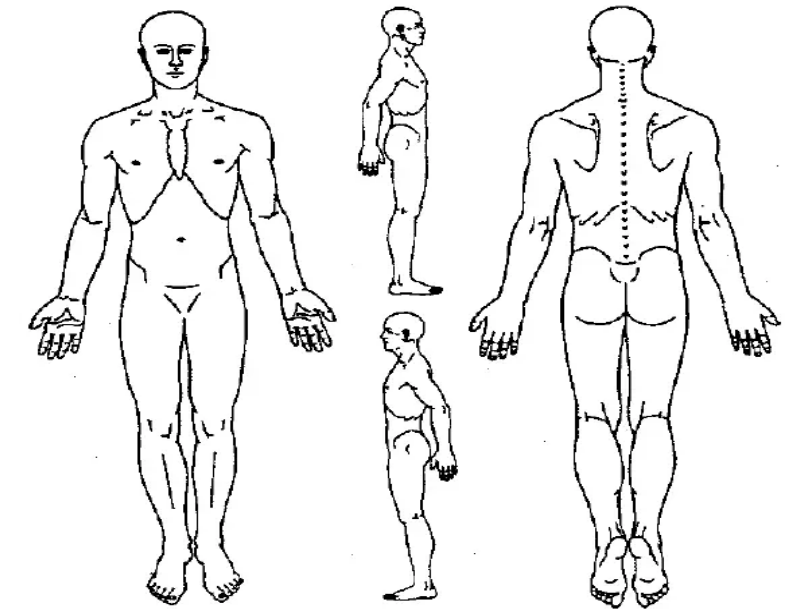
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO
--------	----------	----------

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA	NOMBRE	DOB	EDAD	GÉNERO	☐ MASCULINO	☐ FEMENINO
-------	--------	-----	------	--------	------------------------------------	-----------------------------------

¿Cuál es su queja principal?

Marque las zonas problemáticas de dolor		
XX X = Dolorido	--- = Ardiente	**** = Hormigueo
>> = Fulgurante	/// = Punzante	0 0 0 0 = Palpitante



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	
☐	Dificultad para caminar
☐	Dolor irradiante/ punzante
☐	Doblamiento
☐	Rigidez
☐	Crepitación
☐	Hinchazón
☐	Bloqueo
☐	Hormigueo
☐	Entumecimiento
☐	Debilidad
☐	Dolor
☐	Otro
☐	Lesión/ Problema Similar Anterior
☐	SI NO
En caso afirmativo, ¿cuál?	
EVALUACIONES ANTERIORES	
LUGAR	EXAMEN
☐	Sala de Emergencia
☐	TC (Tomografía computarizada)
☐	Médico de Familia
☐	IRM (Imagen de resonancia magnética)
☐	Médico ortopedista
☐	EMG/ Velocidad de conducción nerviosa
☐	Neurólogo
☐	Gammagrafía ósea
☐	Clínica ambulatoria
☐	Discografía
☐	Clínica de compensación laboral
☐	Radiografía
☐	OTRO
☐	Mielograma
Disponible para la cita de hoy	
☐	Informe
☐	Films
TRATAMIENTO RECIBIDO	
☐	Acupuntura
☐	Fisioterapia
☐	Artroscopia
☐	Apoyo psicológico
☐	Hospitalizaciones
☐	Cirugía
☐	Biorretroalimentación
☐	Unidad de ENET
☐	Aparatos/ Apoyos Ortopédicos
☐	Tracción
☐	Quiropráctica
☐	Acondicionamiento para el trabajo
☐	Inyecciones
☐	DOLOR
☐	ANTIINFLAMATORIO
☐	Medicamentos
☐	DOLOR
☐	ANTIINFLAMATORIO

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

Baylis & Brown Orthopedics
350 NW 84th 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: _____ / _____ / _____