

NUEVO PACIENTE FORMULARIO DE

1

Paciente (Legal) Nombre: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer Otro

Domicilio:

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección postal:

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

EN CASO DE EMERGENCIA POR FAVOR CONTACTE

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono Celular: _____

Relación: _____

Teléfono Trabajo: _____

Teléfono: _____

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado Estado De Estudiante Tiempo Completo Tiempo Parcial N/A

Eres diestra o zurda: diestra zurda

El Gobierno Federal requiere que recopilemos la siguiente información:

Raza: Caucásico Afroamericano Latino Asiático Multirracial Otro: _____

Etnia: Hispano No-Hispano

INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICÓ

Primario

Nombre de Seguro: _____ Fecha efectiva: _____

Nombre del título de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación del asegurado con el paciente: Mismo Pareja Padre Género del asegurado: Hombre Mujer

Política #: _____ Grupo #: _____

Secundario

Nombre de Seguro: _____ Fecha efectiva: _____

Nombre del título de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación del asegurado con el paciente: Mismo Pareja Padre Género del asegurado: Hombre Mujer

Política #: _____ Grupo #: _____

SOLO PARA NIÑOS MENORES: EL RESPONSABLE COMPLETE ESTE FORMULARIO

Nombre de la persona responsable: _____ Teléfono: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono Celular: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Verifico que la información proporcionada anteriormente está completa y es correcta. Solicito que el pago del seguro autorizado o los beneficios de Medicare que se puedan realizar en mi nombre a Cape Fear Orthopaedic Clinic, P.A. por cualquier servicio o suministro médico que me proporcione esa organización. Entiendo que soy financieramente responsable ante la organización por cualquier cargo no cubierto por mis beneficios de salud.

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE LA HIPAA

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Me han entregado una copia del Aviso de práctica de privacidad de Cape Fear Orthopaedic Clinic, P.A., versión vigente a partir del 1 de septiembre de 2013. Doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones de mi información médica como se describe en el Aviso.

Firma del Paciente o del Representante: _____

- Mismo Padre Guardián legal Representante bajo Health Care POA Proveedor de Cuido

Imprimir Nombre: _____ **Fecha:** _____

DIVULGACIÓN DE PHI A LA FAMILIA

Doy mi consentimiento para la divulgación de la siguiente información médica protegida sobre mí a los siguientes miembros de mi familia o personas involucradas en mi atención médica o en el pago de mi atención:

Nombre: _____ **Relación:** _____

Información que se divulgar (marque todo lo que corresponda): Todo médico Registros / Recetas Cita con el médico Facturación

Nombre: _____ **Relación:** _____

Información que se divulgar (marque todo lo que corresponda): Todo médico Registros / Recetas Cita con el médico Facturación

Mi consentimiento permanecerá en vigor mientras sea paciente de Cape Fear Orthopaedic Clinic, P.A. a menos que notifique a Cape Fear Orthopaedic Clinic, P.A. por escrito de cualquier cambio.

Firma del Paciente o del Representante: _____

- Mismo Padre Guardián legal Representante bajo Health Care POA Proveedor de Cuido

Imprimir Nombre: _____ **Fecha:** _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

If an acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices is not obtained from the patient or the patient's representative, please explain your efforts to obtain acknowledgment and the reason you could not obtain it.

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doctor de atención primaria: _____ Proveedor de referencia: _____

DESCRIBA SU HERIDA / PROBLEMA

Razón de la visita de hoy: _____ Izquierda Derecha Bilateral

Fecha de herida (si es aplicable): _____ Califique su dolor del 1 al 10: _____

Tipo de herida: Trabaja Deportes Hogar Accidente automovilístico Otro

Si no hay herida, ¿cuándo comenzó el problema? _____

¿Te has caído en los últimos 6 meses? SI NO Si es así, ¿cuántos? _____ ¿Resultó en una lesión? SI NO

MARQUE AL MENOS UNO POR CATEGORÍA

Desde que esto empezó, es tu dolor:	<input type="checkbox"/> Mejor <input type="checkbox"/> Peor <input type="checkbox"/> Sin alterar
Describe los síntomas / el dolor:	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Tedioso <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Quema <input type="checkbox"/> Dolor agudo
Síntomas agravados por:	<input type="checkbox"/> De pie <input type="checkbox"/> Levantamiento <input type="checkbox"/> Arrodillarse <input type="checkbox"/> Para empujar <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Siéntate <input type="checkbox"/> Inclinarsse <input type="checkbox"/> Otro: _____
Síntomas aliviados por:	<input type="checkbox"/> Descansar <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Medicina sin receta <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Elevar <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Otro: _____
Síntomas asociados:	<input type="checkbox"/> Moretón <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/> Disminución de movilidad. <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Crepitación <input type="checkbox"/> Cojeando <input type="checkbox"/> Tierno al tocar <input type="checkbox"/> Trabar <input type="checkbox"/> Entumecido <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Estillar <input type="checkbox"/> Rigidez muscular <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Calambre

LISTA DE MEDICAMENTOS: enumere todos los medicamentos de venta libre y recetados que está tomando actualmente y Incluyendo suplementos vitamínicos y herbales

Actualmente **NO** tomo ningún medicamento, incluidas las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.

Farmacia: _____

Telefono: _____

Medicamento / Dosis / Frecuencia

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

USO DE OFICINA
ÚNICAMENTE:

HT: _____ WT: _____ BP/Pulse: _____

ALERGIAS A DROGAS- Enumere los medicamentos a los que es alérgico

NO tengo alergias a medicamentos conocidas Soy alérgico al látex

HISTORIA MÉDICA PASADA - Por favor marque todos los que apliquen Sin problemas médicos previos

- | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Insuficiencia cardíaca congestiva | ERGE | Esclerosis múltiple | Artritis reumatoide |
| Enfermedad de la arteria coronaria | Gout | Infarto de miocardio | Escoliosis |
| Enfermedad de Crohn | Hyperlipidemia | Obesidad | SLE |
| Enfermedad degenerativa de las articulaciones | Hipertensión | Osteoartritis | Estenosis espinal |
| Depresión | Enfermedad inflamatoria intestinal | Osteoporosis | Espondiloartropatía |
| Diabetes | Artritis reumatoide juvenil | Enfermedad de Parkinson | Enfermedad de tiroides |
| Abuso de drogas | Enfermedad del riñon | La enfermedad de úlcera péptica | Enfermedad valvular |
| DVT | Enfermedad del hígado | Soriasis | Cáncer |
| Fibromialgia | Enfermedad de Lymes | PVD | CVA |
| Enfermedad de la vesícula | Alzheimer's | Asma | COPD |
| SIDA / VIH | Anemia | Fibrilación auricular | Otro: _____ |
| Alcoholismo | Arthritis | Enfermedad renal | |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PASADOS: marque todos los que correspondan e indique el año en que se sometió a la cirugía

- | | | | |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Cirugía de ACL | Cirugía de espalda | Reemplazo de rodilla | <input type="checkbox"/> No aplica |
| Angioplastia | Cesárea | Laminectomía | |
| Angio con stent | CABG | Cirugía de menisco | |
| Artroscopia de tobillo | Reemplazo de válvula cardíaca | Biopsia muscular | |
| Artroscopia de codo | Liberación del túnel carpiano | ORIF | |
| Artroscopia de cadera | Discectomía | Marcapasos | |
| Artroscopia de rodilla | Bypass gástrico | Reparación del manguito rotador | |
| Artroscopia de muñeca | Artroplastia de cadera | Tiroidectomía | |
| Artroscopia de hombro | Histerectomía | Vasectomía | |
| | | Otro: _____ | |

FAMILY HISTORY - Please mark ALL that apply No aplica

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> CVA | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de hueso | | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS: Si es sí, por favor circule cual aplica:

Consumo de alcohol: No Sí diario semanalmente socialmente casi-nunca Cuánto _____

Uso de drogas ilícitas: No Sí Antes Edad comenzada: _____ Tipo / Frecuencia / Ruta: _____

Consumo de tabaco: Actual Antes Nunca Cuánto por día: _____ Número de años: _____

Encierra en un círculo el tipo: Cigarillos puros pipa masticar ¿Cuándo lo dejaste? _____

Firma del paciente del representante: _____

Fecha: _____ Uno Mismo Padre Guardián legal Representante bajo Health Care POA

Información verbal: paciente indispuesto para firmar Iniciales del empleado _____

Nombre del paciente _____ Fecha: _____

POR FAVOR LEA Y FIRME CADA SECCIÓN - SE REQUIERE FIRMA EN LA PÁGINA 6

Política financiera

Iniciales del paciente: _____

Nos gustaría agradecerle por elegir Cape Fear Orthopaedics, P.A. como su proveedor médico. Debido a que estamos comprometidos a brindarle la mejor atención y servicio posible, nos gustaría informarle sobre nuestra política financiera. Requerimos que lea y ponga sus iniciales en este documento antes de recibir tratamiento médico.

- **Copagos, deducibles y tarifas:** Los copagos, deducibles y tarifas por servicios no cubiertos por su seguro vencen en el momento en que se presta el servicio. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Se cobrará una tarifa de \$ 25.00 a su cuenta si se devuelve un cheque por fondos insuficientes.
- **Póliza de seguros:** Debe presentar una tarjeta de seguro válida en cada visita. Si no participamos con su plan de seguro médico, lo ayudaremos a presentar su reclamo al seguro, pero se espera el pago completo en el momento del servicio. Es su responsabilidad proporcionar información y precisa a nuestra oficina para que las reclamaciones se puedan presentar correctamente.
- **Menores y Dependientes:** Nuestra práctica facturará al seguro de ambos padres (si corresponde). El padre que acompaña al niño a su primera cita será responsable financieramente del pago, independientemente del suscriptor (padre) que figura en la tarjeta de seguro del niño. No nos involucramos en asuntos de custodia de menores.
- **Seguro de automóvil / Responsabilidad civil de terceros:** Notifique a nuestra oficina de inmediato si su lesión es el resultado de un accidente automovilístico o responsabilidad de terceros. Generalmente no aceptamos la responsabilidad de terceros, pero existen excepciones si tiene Medicare o Medicaid. Usted puede ser responsable del pago en el momento del servicio si su tratamiento está relacionado con la responsabilidad de terceros.
- **Citas perdidas:** La ausencia repetida, la reprogramación o la cancelación de citas pueden ser motivo de despido de la práctica.
- **Pago puntual:** Necesitamos que haga todo lo posible para pagar su factura con prontitud. Si no tiene seguro médico, tiene dificultades financieras o no puede pagar sus facturas en su totalidad, comuníquese con nuestra oficina de facturación antes de su cita para analizar las opciones de pago. El impago crónico será motivo de baja de la práctica. Nos reservamos el derecho de entregar cualquier cuenta a una agencia de cobranza si la cuenta no se paga dentro de los 30 días.

Responsabilidad financiera del paciente

Reconozco la total responsabilidad financiera por los servicios prestados por Cape Fear Orthopaedic Clinic, P.A. Entiendo que soy financieramente responsable del pago oportuno de cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los deducibles y copagos. Entiendo que el pago de copagos y cualquier saldo anterior que pueda adeudar vence en el momento del servicio, a menos que haya un acuerdo de pago en el archivo. Por la presente solicito que el pago del seguro o los beneficios de Medicare se realice en mi nombre a Cape Fear Orthopaedic Clinic, P.A. por los servicios o suministros médicos que me proporcione esa organización.

Iniciales del paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Soy un ortopédico nuevo o actual paciente de Cape Fear Orthopaedics, P.A. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para ser tratado por los proveedores de esta práctica. Mi proveedor médico necesita más información médica sobre mi salud. Solicito y permito que los proveedores médicos y el personal me brinden el tratamiento médico necesario y los servicios recomendados por mi médico o asistente médico. Entiendo que el tratamiento y los servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes:

**exámenes de rutina pruebas de diagnóstico yesos / férulas inyecciones Pruebas de laboratorio
Rayos X Prueba de pantalla**

Entiendo que no se me han hecho promesas sobre los resultados de ningún tratamiento o servicio.

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIAL EXTERNO DE RECETAS Iniciales del paciente: _____

Al firmar, doy permiso, sin limitación ni exclusión, a Cape Fear Orthopaedic Clinic, P.A. y sus proveedores a ver mi historial de recetas externas a través de Surescripts para mi atención y tratamiento. Médico entiendo que mi historial de medicamentos de varios otros proveedores médicos, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia puede ser visible y este permiso permitirá a mis proveedores coordinar mejor mi atención y maximizar la efectividad y seguridad de mi plan de tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido el alcance de mi consentimiento y que autorizo el acceso.

PARA EL DOLOR**Prescripción Recargas**

1. Solo se puede usar una farmacia para surtir recetas. Debe notificarnos si cambia de farmacia.
2. Debido a que la mayoría de los médicos solo están en la clínica de 2 a 3 días a la semana, los reabastecimientos de recetas pueden tardar entre 3 y 5 días hábiles en procesarse. No espere hasta que se le acabe el medicamento para solicitar un resurtido.
3. Tome su medicamento exactamente como le indique su proveedor. Nunca cambie la dosis o la frecuencia de su medicamento sin las instrucciones de su médico. Las solicitudes de reabastecimiento no se aprobarán si "se vacían antes"
4. Puede solicitar un relleno durante nuestro horario comercial normal. No se aceptarán solicitudes de relleno fuera del horario comercial.
5. Usted es responsable de mantener sus recetas y medicamentos de forma segura bajo su cuidado. Los medicamentos o recetas extraviados o robados no serán reemplazados hasta que sea el momento de su próxima resurtido. Se pueden hacer excepciones si tiene un informe policial, pero solo a discreción de su médico.
6. Es posible que tenga que ver a su médico para un seguimiento antes de obtener un reabastecimiento de medicamentos.

Medicina para el dolor:

Si tiene una condición médica que requiere control del dolor, su proveedor de atención médica puede recomendarle que tome un medicamento narcótico (analgésico). Estos medicamentos deberían reducir o aliviar su dolor. Hay algunas cosas importantes que debe saber sobre los medicamentos narcóticos (analgésicos) antes de aceptar tomarlos.

- Los analgésicos pueden tener efectos secundarios y riesgos importantes. Los medicamentos deben tomarse solo según las indicaciones.
- El uso de narcóticos está bajo el control de muchas agencias reguladoras. Los médicos deben seguir las leyes locales, estatales y federales al recetar estos medicamentos.

Los riesgos y problemas comunes incluyen:

1. Adicción - Podría volverse mental y físicamente dependiente de ellos. Su médico puede ordenar análisis adicionales de sangre, orina o cabello y lo puede referir a un especialista en adicciones si está preocupado por la or una adicción.
2. Efectos secundarios - Incluya una sensación de malestar estomacal, dificultad para defecar, sudoración y picazón en la piel. También puede sentirse somnoliento.
3. Embarazada - No quede embarazada mientras toma analgésicos. Estos medicamentos pueden dañar a su bebé o provocar la pérdida del embarazo (aborto espontáneo).
4. Alcohol y drogas ilegales - No consuma alcohol ni drogas ilegales mientras esté tomando analgésicos. Esta mezcla puede resultar fatal.
5. Maquinaria pesada o peligrosa - No use maquinaria pesada o peligrosa, no maneje pistolas ni use otras armas mientras toma analgésicos.
6. Conduciendo - No se recomienda conducir con un analgésico. Los analgésicos pueden impedir sus habilidades para conducir.

Al firmar a continuación, acepta que ha leído este documento y comprende la política de la clínica con respecto a las recetas y las reglas para tomar medicamentos narcóticos (analgésicos):

1. Es ilegal realizar cambios en una receta después de haberla escrito. Si cambia una receta, se informará a la policía y no se emitirán más medicamentos.
2. No está permitido obtener analgésicos de más de un médico a la vez. Esto va en contra de la ley y puede considerarse un delito grave. Tiene el deber de informar a otros médicos si está tomando medicamentos narcóticos (analgésicos).
3. De vez en cuando, nuestro personal puede hablar con el farmacéutico o acceder al Sistema de notificación de sustancias controladas de Carolina del Norte para verificar su perfil completo de prescripción.
4. Solo tú debes recoger los medicamentos. Si no puede recoger su medicamento, solo entregaremos su medicamento a las personas autorizadas que figuran en su formulario de consentimiento de HIPAA. Nuestra oficina requiere que muestre una identificación con foto cuando recoja los medicamentos.
5. Estoy de acuerdo en cumplir con pruebas aleatorias de orina, sangre o aliento para documentar el uso adecuado de analgésicos, así como para confirmar el cumplimiento. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con las leyes del estado mientras tomo medicamentos recetados.

Firma del Paciente o Representante: _____

Mismo Padre Guardián legal Representante bajo Health Care POA Proveedor de Cuido

Firma de testigo: _____

Fecha: _____ **Hora del día:** _____ **Sólo para uso de oficina Person #** _____