

FAVOR DE ESCRIBIR

EN LETRA DE IMPRENTA

REGISTRO DEL PACIENTE

Pt# _____

APELLIDO _____, PRIMER NOMBRE _____, SEGUNDO NOMBRE _____

No. SEGURO SOCIAL _____ CORREO ELECTRONICO _____ No. DE LICENCIA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____ RAZA _____ ETNICIDAD _____

DIRECCION (PERMANENTE) _____ CALLE _____ No. DE APTO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

No. DE TELEFONO _____ No. DE CELULAR _____ ESTADO CIVIL _____ No. DE DEPENDIENTES _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ DIRECCION _____ OCUPACION _____ No. DE TELEFONO _____

NOMBRE DEL ESPOSO(A) _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ DIRECCION DEL EMPLEADOR _____ No. DE TELEFONO _____

DIRECCION TEMPORAL _____ OCUPACION DEL ESPOSO(A) _____

FAMILIAR/AMISTAD CERCANA PARA CASO DE EMERGENCIA _____ RELACION _____ No. DE TELEFONO _____

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

RESPONSABLES DE LA CUENTA

SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE LA CUENTA, FAVOR INDICAR QUIEN ES RESPONSABLE

NOMBRE _____ DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

NO. DE TELEFONO _____ RELACION _____ OCUPACION _____

NOMBRE DE LA COMPAÑIA _____ DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ NO. DE TELEFONO _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL Y NUMERO DE LICENCIA DE LA PERSONA RESPONSABLE

INDIQUE EL METODO DE PAGO POR LA VISITA DE HOY _____ CHEQUE _____ EFECTIVO _____ OTRO _____

LOS SERVICIOS MEDICOS Y EXAMENES DE LABORATORIOS EN NUESTRA OFICINA, PODRIAN SER PAGADOS EN EL DIA DE LA VISITA. PREGUNTANDOLES, PODRIA REDUCIR EL COSTO DE LA CUENTA.

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL PAGO DE TODOS LOS GASTOS INCURRIDOS EN MI NOMBRE Y DE MI FAMILIA, INDEPENDIENTEMENTE DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO.

FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA

Texas Orthopaedic Surgical Associates

Chart# _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Años: _____

Nombre de su Doctor Primario/Clínica: _____

¿Fue referido a nuestro consultorio? No Si ¿Por quién? _____

Si no lo refirieron...¿cómo se enteró de nosotros? _____

Fecha cuando se lastimó: _____ ¿Se lastimó en el trabajo? Si No

Farmacia preferida: _____

Nombre	Dirección	Ciudad	Teléfono
--------	-----------	--------	----------

Historial Médico

¿Es alérgico(a) a un tipo de medicamento? Si No ¿Es alérgico(a) al yodo? Si No

Favor de mencionar el medicamento y su reacción: _____

¿Es alérgico(a) a un tipo de alimento? Si No ¿Es alérgico(a) a los mariscos? Si No

Favor de mencionar el alimento y su reacción: _____

¿Es alérgico(a) a algún tipo de metal? Si No

Favor de mencionar el metal y su reacción: _____

¿Es alérgico(a) o sensible al látex? Si No ¿Es alérgico(a) o sensible al adhesivo? _____

Favor de mencionar el látex/adhesivo y su reacción: _____

¿Tiene alguna otra alergia? _____

Favor de mencionar y su reacción: _____

Medicamentos y sus Dosis: _____

Historia Social

¿Fuma o ha fumado en el pasado? Usa productos que contienen tabaco? Si No

¿Cuándo dejó de fumar? _____ Total de años fumando? _____

¿Cuánto fuma; cuantos paquetes al día? _____

¿Toma alcohol? Si No Menos de una bebida al día 1-2 bebidas al día 3 o más bebidas al día

¿Ha sido usted tratado por alcoholismo, drogas o alguna sustancia? Si No

¿Qué clase de cafeína usa y cuanta? Café Té Chocolate 1 al día Varias veces al día Algunas veces a la semana Algunas veces al mes

¿Trabaja? Si No ¿Qué tipo de trabajo hace? _____

¿Vive solo(a)? Si No ¿Se siente seguro(a) en su hogar? Si No

¿Estado de conducción? Conduce de día Conduce de noche

¿Hace ejercicio? Si No Varias veces al día Una vez al día Algunas veces a la semana Algunas veces al mes

Mujeres: ¿Habrá una posibilidad de que esté embarazada? Si No Planeará embarazarse? Si No

Antecedentes Familiares

Favor de mencionar los familiares con estas condiciones.

Artritis Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Presión Alta Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Cáncer Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Diabetes Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Coágulos de Sangre/Sangrado Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Desordenes Cardíacos Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Desordenes Mентales Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Reacciones a la Anestesia Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Chart# _____

Historia: ¿Ha tenido en el pasado?

- Ansiedad
- Artritis
- Asma
- Fibrilación Auricular
- Trasplante de Médula Ósea
- Cáncer de Seno
- Cáncer de Colon
- COPD (*por sus siglas en inglés*)
- Enfermedad Coronaria
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad Renal Terminal
- GERD(*por sus siglas en inglés*)
- Pérdida de la Audición
- Hepatitis

- Alta Presión
 - VIH/SIDA
 - Colesterol
 - Problemas de la Tiroides
 - Leucemia
 - Cáncer De Pulmón
 - Linfoma
 - Cáncer de Prostáta
 - Tratamiento de Radiación
 - Convulsiones
 - Derrame Cerebral
 - Ninguno de los anteriores
- Otros problemas médicos no mencionados:

Repasso de Sistemas: ¿Tiene alguna de estas enfermedades?

Constitucional: Ninguno de estos síntomas

- Cáncer, donde _____ Infarto Pérdida de Peso
- Aumento de Peso Pomedicacion antes del Procedimiento Bajo Manejo del Dolor Fatiga
- Otro _____

Musculoesqueletal: Ninguno de estos síntomas

- Osteoartritis Dolor de Cuello Dolor de Espalda Hinchazón de las Articulaciones Rigidez de las Articulaciones
- Cojeando Perdida de Movimiento Tembloroso Bloqueo Gota Artritis Rematoidea
- Otro _____

Cardiovascular: Ninguno de estos síntomas

- Dolor de Pecho Palpitaciones Presión Alta Calambres en las Piernas Marcapasos Desfibrilador
- Diluyentes de Sangre Otro _____

Respiratorio: Ninguno de estos síntomas

- Tos Asma Enfermedad Pulmonar Crónica (COPD) Enfisema Neumonía Tuberculosis
- Otro _____

Gastrointestinal: Ninguno de estos síntomas

- Reflujo (GERD) Ulceras P Ulcerada Nausea/ Vomito Estreñimiento Diarrea
- Ictericia Hepatitis Cirrosis Colecistitis/Cálculos Biliares Otro _____

Neurológica: Ninguno de estos síntomas

- Adormecimiento Hormigüeo Mareos Dolores de Cabeza RSD (*por sus siglas en inglés*)
- Otro _____

Genitourinario/ Nefrología: Ninguno de estos síntomas

- Orinar Frecuente Dificultad/Dolor al Orinar Incontinencia Sangre en el Orín Piedras Diálisis
- Enfermedad Renal Otro _____

Dermatología: Ninguno de estos síntomas

- Curación Pobre de Heridas Picazón Eczema Erupción en la Piel Impétigo Psoriasis Cáncer de la Piel
- Cicatrices/Queloides Enrojecimiento Otros _____

Psiquiátrico: Ninguno de estos síntomas

- Bipolar Depresi Esquizofrenia Otros _____

Hematológica: Ninguno de estos síntomas

- VIH Sangrado Fácil Anemia Fácil Aparición de Moretones Otros _____

Endocrino: Ninguno de estos síntomas

- Dependiente de Insulina No Dependiente de Insulina Hipotiroidismo Hipertiroidismo
- Otro _____

Antecedentes Quirúrgicos Pasados: (favor de marcar todas las que correspondan)

- Apenditisis (Operación)
 Extirpación de la Vejiga
 Mastectomía
 Derecha Izquierda Ambas
 Lumpectomía
 Derecha Izquierda Ambas
 Biopsia de Mama
 Derecha Izquierda Ambas
 Reducción de Seno
 Implantes de Seno
 Colectomía: Resección de Cáncer de Colon
 Colectomía: Diverticulitis
 Colectomía: Enfermedad Intestinal Inflamatoria (IBD)
 Extirpado de Vesícula Biliar
 Derivación de Arteria Coronaria
 PTCA (*por sus siglas en inglés*)
 Reemplazo de Válvula Mecánica
 Reemplazo de Válvula Biológica
 Trasplante de Corazón
 Reemplazo de Articulaciones en los pasados 2 años
 Biopsia de Riñón
- Eliminación de Riñón
 Derecho Izquierdo
 Eliminación de Cáculos Renales
 Trasplante de Riñón
 Eliminación de Ovarios: Endometriosis
 Eliminación de Ovarios: Quistes
 Eliminación de Ovarios: Cáncer de Ovario
 Eliminación de Prostáta: Cáncer de Próstata
 Biopsia de Próstata
 TURP (*por sus siglas en inglés*)
 Biopsia de la Piel
 Cirugía de Cáncer de Células Basales
 Cirugía de Cáncer de Células Escamosas
 Cirugía de Melanoma
 Extirpación de Bazo
 Testículos Removidos
 Derecho Izquierdo Ambos
 Histerectomía: Fibromas
 Histerectomía: Cáncer Uterino
 Ninguno de los anteriores
 Otro _____

Antecedentes Ortopédicos: (favor de marcar todas las que le corresponda)

- Espondilitis Anquilosante
 Bursitis
 DISH (*por sus siglas en inglés*)
 Fractura de Radio Distal
 Inyección Epidural
 Fractura
 Gota
 Fractura de Cadera
 HNP Cervical
 HNP Lumbar
 Enfermedad de Hueso Metastásico
 Osteoartritis
 Osteopenia
 Otro _____
- Osteoporosis
 Hueso Sarcoma Primario
 Artritis Psoriásica
 Raquitismo
 RSD (*por sus siglas en inglés*)
 Ciático
 Escoliosis
 Sarcoma de Tejido Blando
 Estenosis Espinal, Cervical
 Estenosis Espinal, Lumbar
 Fractura Vertebral Comprimida
 Deficiencia de Vitamina D
 Ninguna

Cirugía Ortopédica: (favor de marcar todas las que le corresponda)

- Fractura del Tobillo
 Derecho Izquierdo Ambos
 Descompresión del Túnel Carpiano
 Derecho Izquierdo Ambos
 Cirugía de la Espina Cervical
 Cirugía de la Espina Cervical: Reemplazo de Disco
 Radio Distal ORIF
 Derecho Izquierdo Ambos
 Fémur Clavado Intramedular
 Derecho Izquierdo Ambos
 Tibia Clavada Intramedular
 Derecha Izquierda Ambas
 Reparación del Manguito de los Rotadores
 Derecho Izquierdo Ambos
- Reemplazo de Articulación: Cadera
 Derecha Izquierda Ambas
 Reemplazo de Articulación: Rodilla
 Derecha Izquierda Ambas
 Reemplazo de Articulación: Hombro
 Derecho Izquierdo Ambos
 Astroscopia de Rodilla
 Derecha Izquierda Ambas
 Cifoplastia/Vertebroplastia
 Cirugía de la Columna Lumbar: Comprimida
 Cirugía de la Columna Lumbar: Comprimida y Fusión
 Cirugía de la Columna Lumbar: Reemplazo de Disco
 Ninguna
 Otros _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Chart# _____

Historia de Enfermedades

Favor de marcar la razón de su visita.

- Cuello Brazo Hombro Codo Parte baja del brazo Muñeca Mano
 Dedo Espalda Cadera Rodilla Pierna Tobillo Pie
¿Qué lado? Izquierdo Derecho Ambos

¿Cómo describiría su dolor?

- Doloroso Moderado Fuerte Punzante Empeorando Mejorando Constante
 Intermedio Tieso Otro _____

¿Cuándo comenzó su dolor?

- Hace ___ horas Hace ___ días Hace ___ semanas Hace ___ meses Hace ___ años
 Otros _____

¿Cuándo ocurre su dolor?

- En la mañana En la noche Al despertar Actividades de peso
 Otros _____

¿Qué tan severo es su dolor? Suave Moderado Severo

¿Cómo limita esto sus actividades diarias?

- No limita las actividades diarias Son moderadamente limitadas Son severamente limitadas
 Otros _____

¿Qué cree que causó este problema?

- Trauma Trabajo Movimientos Repentinos Otros _____

¿Qué ayuda a disminuir el dolor?

- Descanso Hielo Inmovilización Calor Medicamentos Terapia Física
 Otro _____

¿Qué aumenta el dolor?

- Movimiento Descanso Empujando/Halandro Acostado Parado Levantando
 Otros _____

¿Ha sido tratado por este problema antes? Si No

Escriba una lista de doctores a los cuales ha visto para este problema: _____

¿Se ha hecho exámenes para este problema? Si No

- Rayos-X MRI CT EMG CT / Myelogram Scan de Huesos Discografía
 Otros _____

¿Ha tenido tratamientos para este problema? Si No

- Terapia Física/Terapia Ocupacional Inyecciones Acupuntura Tratamiento Quiropráctico
 Otros _____

Medicamentos:

- Relajante Muscular Medicamento para el Dolor Anti-Inflamatorios Medicamentos sin Receta
(Aspirina, Tylenol, Advil, Aleve, etc.)

Nombre Completo del Paciente: _____

No.de Cuenta: _____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Associados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que suministre información médica del paciente y otros documentos a 1) compañías de seguro o terceras personas responsables con el propósito de obtener pagos de cuenta de *Oak Cliff Orthopaedic Associates*, 2) alguna otra persona(s) o entidades financieras responsables por el cuidado y tratamiento del paciente, y 3) a representantes de agencias locales, estatales, o federales en acuerdo con la ley. Tal información podría incluir, pero no limitarse a, información respecto a enfermedades contagiosas, como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Yo autorizo la divulgación de información para revisar los documentos del paciente con el propósito de conducir auditoría médica, revisión de la utilización, o revisión acertada de calidad por su seguro médico. Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Associates* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que den información y/o copias de documentos del paciente a cualquier médico recomendado, enfermería especializada o cualquier otra instalación para el cuidado de la salud donde podría ser trasladado el paciente.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Tutor _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS ASEGURADOS

En consideración de los servicios prestados, por la presente transfiero y asingo a *Oak Cliff Orthopaedic Associates* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates todo el derecho, titulo, e interés por cualquier pago adeudado por los servicios descritos en la presente proporcionados dentro de cualquier póliza(s) de seguro. Entiendo que soy responsable de proporcionar a *Oak Cliff Orthopaedic Associates* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates toda información de mi seguro médico en el día de mi admisión o durante mi estancia en el hospital para la verificación del mismo antes de darme de alta, e independientemente de mis beneficios de seguro cedidos, soy responsable totalmente por los cargos de los servicios prestados.

Firma del Paciente _____

Firma del Esposo(a) o Tutor _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____

Consentimiento para fines de Tratamiento, Pago y Funciones Correspondiente al Cuidado de Salud

Nombre del Paciente: _____ Acct# _____

Yo doy mi consentimiento para que Oak Cliff Orthopaedic Associates use o divulgue mi información médica protegida con el propósito de diagnóstico, provisión de tratamiento, obtención de pago por mis cuentas médicas o para conducir funciones correspondientes a mi cuidado de salud. Comprendo que mi diagnóstico o tratamiento por parte del Dr. Berry, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck, Dr. Nathanson, Dr. Kelley y Dr. Cho, puede ser condicionada por mi consentimiento como lo acredita mi firma en este documento.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en como mi información médica protegida es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de mi cuidado de salud. No se requiere que Oak Cliff Orthopaedic Associates este de acuerdo con las restricciones que yo solicite. Sin embargo, sí Oak Cliff Orthopaedic Associates acepta mis restricciones, esta restricción obligaría a Oak Cliff Orthopaedic Associates y al Dr. Berry, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck, Dr. Nathanson, Dr. Kelley o Dr. Cho a cumplirlas. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida que el Dr. Berry, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck, Dr. Nathanson, Dr. Kelley, Dr. Cho u Oak Cliff Orthopaedic Associates haya tomado acciones acatando este consentimiento.

Mi "información médica protegida" es toda información médica, incluyendo mi información demográfica, dada por mi y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de cuidado médico, plan de salud, mi jefe o un centro de información. Esta información médica protegida se relaciona con el pasado, presente y futuro de mi condición o salud física y mental y me identifica, o existen razones para creer que pudiera identificarme.

Comprendo que tengo el derecho de revisar el Acto de privacidad de Oak Cliff Orthopaedic Associates antes de firmar este documento. El Acto de Privacidad ya me ha sido entregado. Este Acto de privacidad describe la manera en que mi información médica protegida pudiera ser usada y divulgada durante mi tratamiento, para el pago de cuentas médicas o para el desempeño de funciones relacionadas con mi salud. El Acto de Privacidad también lo puedo obtener en el 810 N. Zang Blvd, Dallas, TX 75208, y en el sitio de internet de Oak Cliff Orthopaedic Associates, www.thebonedocs.com, este Acto de Privacidad también describe mi derecho y las obligaciones de Oak Cliff Orthopaedic Associates respecto a mi información médica protegida.

Oak Cliff Orthopaedic Associates se reserva el derecho de cambiar el documento de privacidad que es descrito en el Acto de Privacidad. Puedo obtener una copia revisada del Acto de Privacidad ingresando al sitio de internet de Texas Orthopaedic Surgical Associates, llamando a la oficina y pidiendo que se me envíe una copia revisada por correo o solicitando una en mi próxima cita.

Firma del Paciente o Representante

Nombre del Paciente o Representante

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante
