

Fecha de hoy: _____

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____ Nombre preferido: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Género: M F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Empleador: _____ Estado de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Desempleado

Contacto para emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Médico de atención primaria: _____

Remitido por: Médico _____ Hospital Familiar/amigo Otro _____

¿Dónde ocurrió su lesión? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Lesión desconocida	
**¿Tiene una lesión relacionada con un automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la lesión: _____
Compañía de seguros: _____	Teléfono: _____
Número de reclamo: _____	Regulador: _____
**¿Tiene una lesión relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la lesión: _____
Compañía de seguros: _____	Teléfono: _____
Número de reclamo: _____	Regulador: _____
Empleador: _____	
¿Está representado por un abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del empleador: _____	Teléfono: _____

Información sobre el seguro médico

Seguro primario: _____ Titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Empleador: _____

Seguro primario: _____ Titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Empleador: _____

Persona responsable de la factura (si el paciente es menor de edad):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Empleador: _____

_____ Al escribir mis iniciales, comprendo que recibiré la atención de uno o más médicos de Southwest Orthopaedic & Reconstructive Specialists (SOS), quienes pueden remitirme al hospital Oklahoma Center for Orthopaedic and Multi-Specialty Surgery (OCOM) para otros procedimientos, imagenología, cirugía u otros servicios relacionados. Comprendo, además, que los siguientes médicos tienen una participación patrimonial en el hospital OCOM: Bradley Reddick, DO, Derek West, DO, Kristopher Avant, DO, Brian Levings, DO, RJ Langerman, DO, Mehdi Adham, MD, Steven Sands, DO & Blake Stepanovich, DO.

Doy fe de que la información declarada en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y me comprometo a informarle a SOS de cualquier cambio en la información aquí contenida.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Responsabilidades y expectativas del paciente

1. Cumpliré con las normas y reglamentos del centro de atención, las cuales han sido diseñadas para proteger a los pacientes y garantizar la seguridad de los mismos y del personal.
2. Me comportaré de forma respetuosa y considerada con los miembros del personal y los demás pacientes.
3. Seré respetuoso con todos los proveedores, el personal y los demás pacientes.
4. Seguiré las instrucciones y recomendaciones de mi médico y acepto total responsabilidad por las consecuencias de no hacerlo.
5. Le informaré al personal médico sobre cualquier problema de salud, cambios en los medicamentos o inquietudes relacionadas con el tratamiento médico.
6. Participaré activamente en mi plan de tratamiento y estableceré objetivos para el tratamiento a largo plazo.
7. Le informaré al personal o al médico si no comprendo las instrucciones o las explicaciones brindadas o si no las seguiré.
8. Tomaré cualquier medicamento recetados SÓLO según lo prescrito por mi médico.
9. Comprendo que los medicamentos para el dolor o las recetas que se hayan perdido o que hayan sido robados no se repondrán bajo ninguna circunstancia.
10. Les ofreceré mi cooperación y comprensión a mi proveedor y a los miembros del personal.
11. Comprendo que soy responsable del comportamiento de cualquier invitado que me acompañe en la clínica o que participe en la comunicación relacionada a mi tratamiento con el proveedor o el personal.
12. Respetaré la privacidad y la confidencialidad de los demás pacientes.
13. Me abstendré de utilizar lenguaje obsceno, de hacer amenazas o de adoptar cualquier tipo de comportamiento agresivo.
14. Llegaré a tiempo a las citas e informaré con antelación sobre cualquier cancelación, cuando sea posible.
15. Le informaré al personal de administración de la clínica sobre cualquier cambio en mi cobertura médica y pagaré por los servicios prestados y que sean necesarios.

Al firmar este acuerdo, comprendo mis responsabilidades y expectativas como paciente de Southwest Orthopaedics. Comprendo también que cualquier incumplimiento de este acuerdo podría resultar en la terminación de mi relación como paciente.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA

HISTORIAL DE SALUD E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

¿Está usted recibiendo terapia para el dolor? Sí No Si la respuesta es Sí, Dr. _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted un cardiólogo? Sí No Si la respuesta es Sí, Dr. _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted un marcapasos? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____

¿Por qué problema espera usted ser atendido hoy? _____

- ❖ ¿De qué lado? Derecho Izquierdo Ambos
- ❖ ¿Qué parte del cuerpo? Cabeza Cuello Hombro Codo Muñeca Mano Dedo Espalda Cadera Rodilla Tobillo Pie Dedos de los pies Costillas Rostro Abdomen Seno Otro _____
- ❖ ¿Esta lesión/enfermedad se debe a un accidente? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿de qué tipo? ¿Lesión relacionada con el trabajo? ¿Lesión relacionada con un vehículo de motor?

Fecha en que comenzó la lesión/enfermedad: _____

CON RESPECTO A LA LESIÓN/ENFERMEDAD ACTUAL:

¿Ha sido atendido en un hospital o por otro médico por esta lesión/enfermedad? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿por quién y cuándo? _____

¿Le han realizado alguno de los siguientes estudios? Rayos-X Imagen por resonancia magnética (IRM)
 Tomografía computarizada (TC) Ultrasonido Electromiografía (EMG)
Si la respuesta es sí, indique dónde y cuándo: _____

¿Ha sido sometido a cirugía por la lesión actual? Sí No
Si la respuesta es sí, indique la fecha y el nombre del doctor: _____

Actualmente, cuál es su: Estatura _____ Peso _____

Ginecología/Obstetricia (sólo para mujeres):

¿Está usted embarazada actualmente? Sí No

ALERGIAS:

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí, nombre: _____ No tengo alergias conocidas a medicamentos

¿Es usted alérgico a estos materiales? Látex Cinta adhesiva Yodo Metal Otro _____

INFORMACIÓN SOBRE FARMACIAS:

¿Cuál es su farmacia preferida?

Nombre: _____ Ubicación: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: (adjuntar una lista, de ser necesario)

_____ mg _____
 _____ mg _____
 _____ mg _____
 _____ mg _____
 _____ mg _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS: (Seleccione todos los que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/DAH | <input type="checkbox"/> Fallas en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Amigdalitis estreptocócica |
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Intoxicación por | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB ACTIVA) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> ITU |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Otitis media | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> SII/EII | <input type="checkbox"/> Anemia de células | |

HISTORIAL QUIRÚRGICO: (Seleccione todos los que correspondan)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía por fracturas | <input type="checkbox"/> Cirugía del intestino |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> Gastrostomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Tubos de timpanostomía | <input type="checkbox"/> Reparación de hernias | <input type="checkbox"/> Hernia umbilical |
| <input type="checkbox"/> Cirugía ocular | <input type="checkbox"/> Biopsia de ganglios | <input type="checkbox"/> Derivación |

Otro: _____

HISTORIAL FAMILIAR: (Enumere los familiares con afecciones. Por ejemplo, madre, padre, hermano, hermana, abuela paterna, abuelo paterno, abuela materna o abuelo materno)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____ | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Muerte prematura _____ | <input type="checkbox"/> Abortos espontáneos _____ |
| <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Suicidio _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia _____ | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidades del aprendizaje _____ | |

HISTORIAL SOCIAL:

- ¿Consume alcohol? Sí - ¿Con qué frecuencia? _____ No
- ¿Fuma? Todos los días Algunos días Nunca he fumado Soy un exfumador - Dejé de fumar en _____
- ¿Usa tabaco sin humo? Sí No Nunca Soy un exfumador de tabaco sin humo - Dejé el tabaco en el (año): _____

Al firmar este formulario de historial médico, doy fe de que la información indicada en el mismo es verdadera y actualizada según mi leal saber y entender y me comprometo a contactar/informar al personal médico de Southwest Orthopaedic Specialists o a mi proveedor sobre cualquier cambio médico en la información aquí proporcionada.

X _____
Firma del paciente - padre, madre o tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor legal, si el paciente es menor de edad: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUSE DE RECIBO DE LAS POLÍTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD Y FINANCIERA, DIVULGACIÓN Y TÉRMINOS Y CONDICIONES DE SOUTHWEST ORTHOPAEDIC SPECIALISTS

Por medio de la presente, el abajo firmante:

Autoriza el tratamiento médico; acepta la responsabilidad financiera total y definitiva, incluyendo: En la eventualidad de hacer un reclamo a mi compañía de seguro médico, comprendo que soy responsable de cualquier copago, coseguro, deducible y servicios no cubiertos. Si no tengo seguro médico, o si tengo una reclamación de responsabilidad de terceros activa (por ejemplo, un accidente de vehículo a motor), comprendo que estoy obligado a pagar la cuota de evaluación inicial y un depósito por cualquier cirugía ordenada antes de recibir los servicios. Además, me comprometo a mantener mi cuenta al día con relación a todos los demás servicios prestados y los saldos acumulados. Si soy objeto de demanda por parte de un tercero por concepto de responsabilidad civil (por ejemplo, un accidente de vehículo a motor), comprendo que mi cuenta se asumirá como "Pago por cuenta propia" (como si no tuviera seguro de salud) y comprendo que cualquier cargo que se aplique en exceso de cualquier monto que yo pague será presentado como un gravamen en mi contra ante la Secretaría del Tribunal del Condado de Oklahoma y que ningún gravamen será liberado sin la liquidación completa y final de mi cuenta SOS.

Comprendo que SOS utiliza un servicio externo de terceros para la gestión y el manejo de la elegibilidad del seguro, la verificación y los cobros, y que no tiene control sobre las acciones de tal servicio.

Comprendo que SOS no está obligado a ofrecer descuentos de los montos que yo pueda adeudar.

Comprendo que cualquier monto que yo adeude debe ser pagado antes o al momento del servicio y que SOS no está obligado a ofrecer arreglos de pago de ningún tipo. Comprendo que SOS puede negarse a prestar los servicios si yo no pago cualquier monto que adeude actualmente. Comprendo que cualquier monto que yo adeude se considera una obligación de deuda legítima y legal y que SOS puede utilizar cualquier medio legal para cobrarlo; comprendo que, independientemente del seguro, si no mantengo mi cuenta al día (con no más de 30 días de retraso), la misma será entregada a una agencia de cobros externa.

Hago constar que se me ha facilitado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de SOS. Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. Esta notificación está disponible previa solicitud y en el sitio web de SOS.

Durante el transcurso de mi tratamiento, autorizo a SOS a acceder y utilizar mis registros médicos de otros proveedores médicos o por medio de Intercambio(s) de información de salud (Health Information Exchange, "HIE"); autorizo a SOS a registrar mi información médica y utilizarla en los HIE para su uso por parte de otros proveedores médicos que los utilicen. Además, reconozco que dicho uso está fuera del dominio y control de SOS y, por lo tanto, abordaré cualquier pregunta o problema con respecto a dicho uso con los HIE u otros proveedores médicos o terceros relacionados. Comprendo que, en el caso de querer excluirme de la participación en el HIE de Coordinated Care Oklahoma (CCO), soy responsable de hacerlo de acuerdo con el procedimiento establecido en el sitio web de CCO, <http://coordinatedcarehn.com/patients/>;

Autorizo a SOS o a los terceros contratados a utilizar mi número de teléfono principal o la dirección de correo electrónico que he proporcionado para ponerse en contacto conmigo en relación con mi atención, tratamientos, seguro o pagos adeudados por los servicios prestados; la autorización incluye también el dejar información en el buzón de voz;

Autorizo a SOS a utilizar la verificación electrónica segura de los medicamentos recetados que se han surtido, para mantener actualizado el historial de medicamentos tal y como lo exige la Oficina de Narcóticos y Drogas Peligrosas de Oklahoma.

Por medio de este documento, los autorizo a utilizar o divulgar la información específica que se describe a continuación, únicamente para los fines y las partes descritas:

Descripción de información específica que se debe analizar: Fechas y horas de las citas Diagnósticos Resultados diagnósticos Medicamentos Plan de atención Otros: _____

Se puede presentar la información anterior a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Fecha

Nombre del paciente

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Número de Seguridad Social: _____

A través de este documento, autorizo a **Southwest Orthopaedic & Reconstructive Specialists** a divulgar la siguiente información a:

Nombre de la persona u organización que recibe la PHI	Teléfono	Fax	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Información a compartir:

Notas de progreso Informes de procedimiento Informes de radiología Registro médico completo

Información de Medical recopilada desde _____ (introducir fecha) hasta _____ (introducir fecha)

Información de facturación para: _____ Otro: _____

Solo se podrá divulgar la información para el (los) siguiente(s) propósito(s): _____

Comprendo que al firmar voluntariamente esta autorización:

- Autorizo a utilizar y divulgar mi PHI, tal como se describe, y para los propósitos enumerados anteriormente.
- Tengo derecho a retirar el permiso para divulgar mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, puedo revocarla en cualquier momento. Si deseo revocarla, debo hacerlo por escrito a la persona u organización que la divulga y esta decisión no afectará la información que ya haya sido utilizada o divulgada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que, a menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de un reclamo de beneficios, firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripciones o pagos de reclamos.
- Mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad transmisible y/o no transmisible, que puede incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o SIDA; o que he recibido tratamiento para condiciones psicológicas, psiquiátricas o por abuso de sustancias.
- Comprendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento, escribiendo a la persona u organización que divulga mi PHI.
- Entiendo que no puedo restringir la información que ya ha sido compartida, de conformidad con esta autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a ser redivulgada por el receptor y ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad.

A menos que la revoque o se indique lo contrario, esta autorización vencerá automáticamente después de un año a partir de mi firma o después de que ocurra el siguiente evento: _____

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante legal

Fecha de vencimiento (si es más de un año a partir la fecha de la firma o no se indica ningún evento)

Entrega/Formato: Correo de EE.UU. Retiro en la oficina Fax CD

* Envíe por correo o fax el formulario completo de autorización a SOS a la dirección o número de fax que se indicó anteriormente.