

## Información sobre pacientes

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Apodo/nombre supuesto: \_\_\_\_\_

No. de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección temporal: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Otro (favor de explicar): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Su idioma principal: \_\_\_\_\_ ¿Necesita usted intérprete? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a

**Religión:** \_\_\_\_\_ **¿Es veterano/a?**  Sí  No

**Etnia:** No hispano/a \_\_\_\_\_ **Hispano/a** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_

Médico/a de cabecera: \_\_\_\_\_

Médico/a que deriva: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

No. de teléfono del contacto de emergencia: (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Ocupación del/de la paciente: \_\_\_\_\_  Autónomo/a  Estudiante  Jubilado/a  Discapacitado/a

Empleador del/de la paciente: \_\_\_\_\_ **Situación laboral:**  Tiempo completo  Medio tiempo  Otro

Parte responsable por el pago **si no es el/la paciente mismo/a:** \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ **Situación laboral:**  Tiempo completo  Medio tiempo  Otro

No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ **Parentesco con el/la garante/persona asegurada:** \_\_\_\_\_

Seguro: Primario \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_

## **CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGUROS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

### **DOY MI AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO:**

Por medio de la presente, doy mi consentimiento para que se divulga la información médica pertinente a mi empresa aseguradora. Cedo todo beneficio médico o quirúrgico, incluyendo todos los beneficios médicos mayores que me corresponden, incluyendo Medicare, seguros privados y otros planes de salud. Esta cesión será válida hasta que yo indique lo contrario por escrito.

Hacemos todo lo que está en nuestro poder para obtener pre-autorización, previa autorización e información de derivación. Su copago, co-seguro o deducible serán pagaderos en su totalidad cuando se le preste el servicio en cuestión. Como servicio de cortesía, mandaremos la factura a su empresa aseguradora. En el caso de pagos rechazados por parte de la indemnización laboral, tenemos la opción de mandar la factura al seguro privado/seguro de grupo del/de la paciente. La responsabilidad financiera final permanecerá con el/la paciente, también en el caso de que la empresa aseguradora o la indemnización laboral se negara a pagar, usted tendrá que pagar la factura. Si tiene dudas sobre lo aquí detallado, favor de hablar con el personal antes de pasar a la consulta.

Escriba su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

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



## Expediente del/de la paciente sobre divulgación de información

### Favor de llenar todos los campos

¿A quién podemos divulgar información médica?

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Deseo que contacten conmigo de la siguiente manera (seleccione todas las opciones que correspondan) y

**favor de indicar su manera de contacto preferida subrayando una de las siguientes opciones:**

- Teléfono de la casa
- Pueden dejar mensaje con información detallada en el contestador
- Dejar mensaje con teléfono a llamar y el nombre de Tahoe Orthopedics & Sports Medicine solamente
- Teléfono en el trabajo
- Pueden dejar mensaje con información detallada en el contestador
- Dejar mensaje con teléfono a llamar y el nombre de Tahoe Orthopedics & Sports Medicine solamente
- Celular
- Pueden dejar mensaje con información detallada en el contestador
- Dejar mensaje con teléfono a llamar y el nombre de Tahoe Orthopedics & Sports Medicine solamente
- Correo electrónico/otro \_\_\_\_\_

Escriba su nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

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



### Información médica del/de la paciente

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Motivo principal de consulta/parte del cuerpo afectada:  
\_\_\_\_\_

Fecha en la que se lastimó: \_\_\_\_\_

¿Dónde/cómo se lastimó? \_\_\_\_\_

Patologías (marcar con una cruz o detallar):

Claustrofobia		Metal en el cuerpo	
Diabetes		Mieloma múltiple	
Estent, desviación, marcapasos		Insuficiencia renal (riñones)	
Exposición a SARM		Lesión nueva o traumatismo	

Otro:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

En el pasado, ¿ha usted usado/tomado...?

¿Alcohol? Nunca \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ Con moderación \_\_\_\_\_ Diariamente \_\_\_\_\_

¿Tabaco? Nunca \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ de cajetillas al día, durante \_\_\_\_\_ años.  
Dejé de fumar hace \_\_\_\_\_ años.

¿Drogas de uso recreativo? Nunca \_\_\_\_\_ Dejé de usarlas hace \_\_\_\_\_ años.

Tipo/frecuencia: \_\_\_\_\_

**Información médica del/de la paciente / lista de medicamentos**

Nombre del/de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente:  No estoy tomando medicamento alguno.

Nombre del medicamento:	Concentración:	Dosis:	Ultima vez que lo tomó:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias:  Ninguna alergia conocida.

¿Tiene alergias a medicamentos/alimentos/metál/látex?  Sí  No

En caso afirmativo, favor de escribir todas las alergias y la reacción correspondiente:

Alérgico/a a:	Reacción:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____