

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	<input type="checkbox"/>	Metal en el cuerpo	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Mieloma múltiple	<input type="checkbox"/>
Estent, desviación, marcapasos	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal (riñones)	<input type="checkbox"/>
Exposición a SARM	<input type="checkbox"/>	Lesión nueva o traumatismo	<input type="checkbox"/>

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/metal/látex? Sí No

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

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