

## Southwest Orthopedic Group - Patient Registration Form

Información del Paciente			
Apellido del paciente, primer nombre, segundo nombre:			Fecha de Nacimiento:
Nombre legal, si es diferente al anterior:	Nombre anterior/de soltera:	Número de Seguro Social (Obligatorio):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono:	Teléfono Móvil:	¿Está bien enviarle un correo electrónico, dejarle mensajes de voz o enviarle un mensaje de texto con respecto a citas, resultados de pruebas referencias, o por cualquier razón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo Electrónico:			
Dirección del paciente (calle, ciudad, estado, código postal):			
Estado Civil:	¿Vive en un centro de enfermería especializada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La razón de su visita se debe: <input type="checkbox"/> Lesión relacionada con el trabajo <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de la farmacia preferida + Cruce de calles/ciudad: si no tiene una, elija una hoy (obligatorio):			
Proveedor de atención primaria (obligatorio):		¿Qué doctor le refirió aquí?	

Información del Seguro Primario:				
¿El paciente está cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía de seguros primario:		
Nombre del titular de la póliza:	Número de Seguro Social del titular de la póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular de la póliza:	No de Póliza:	No de Grupo:
Dirección del Titular de la Póliza: <input type="checkbox"/> Igual a la listada <input type="checkbox"/> Esta dirección:				
Relación del paciente con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro				
Información del Seguro Secundario:				
¿El paciente está cubierto por un seguro secundario? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguro Secundario:		
Nombre del titular de la póliza:	Número de Seguro Social del titular de la póliza:	Fecha de Nacimiento del Titular de la póliza:	No de Póliza:	No de Grupo:
Dirección del Titular de la Póliza: <input type="checkbox"/> Igual a la listada <input type="checkbox"/> Esta dirección:				
Relación del paciente con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro				

## Autorización para divulgar información médica/contacto de emergencia.

¿Desea que Southwest Orthopedic Group, y todos sus empleados, puedan hablar sobre asuntos financieros o atención médica con cualquier miembro de la familia u otros contactos de emergencia? Este permiso tendrá una vigencia indefinida y deberá ser revocado por escrito. En caso afirmativo, especifique quién y qué información:

INFORMACION PARA DISCUTIR	Nombre	Relación	Numero Telefónico	En caso de emergencia llamar a:
<input type="checkbox"/> FINANZAS <input type="checkbox"/> ATENCION MEDICA				SI NO
<input type="checkbox"/> FINANZAS <input type="checkbox"/> ATENCION MEDICA				SI NO

### Consentimiento para tratamiento, aviso de política de prácticas de privacidad y política financiera

Al firmar este consentimiento, estoy autorizando a mi médico y/u otras personas que él o ella considere apropiadas para realizar y/u ordenar exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otro cuidado que considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido para cada visita que haga a Southwest Orthopaedic Group a menos que yo lo revoque oralmente o por escrito.

Tenga en cuenta que la ley de Texas permite que se realicen pruebas a un paciente para detectar una posible exposición al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el virus asociado con el SIDA, en las siguientes situaciones: 1) para examinar sangre, productos sanguíneos, órganos o tejidos para determinar la idoneidad para donación; 2) si otra persona se expone accidentalmente a la sangre o los fluidos corporales de un paciente, por ejemplo, a través de un pinchazo de aguja (cualquier prueba de este tipo se realizará de conformidad con el protocolo de enfermedades infecciosas de Southwest Orthopedic Group); o 3) si se va a realizar un procedimiento médico o quirúrgico que podría exponer a los trabajadores de la salud a la sangre o fluidos corporales del paciente. Esta divulgación es para informarle que es posible que se le haga una prueba, a expensas de Southwest Orthopedic Group si alguna de estas situaciones ocurre durante su período de tratamiento.

### Consentimiento para el tratamiento de un niño menor de edad (menores de 18 años)

Autorizo a esta oficina a administrar los servicios que se consideren necesarios para mi hijo menor de edad, \_\_\_\_\_ . Mi relación con el hijo menor es \_\_\_\_\_ .

Un **Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)** está disponible para todos los pacientes. Este Aviso de prácticas de privacidad identifica: 1) cómo se puede usar o divulgar su información médica; 2) sus derechos para acceder a su información médica, modificar su información médica, solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de esa información; 3) sus derechos a quejarse si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, tiene acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y es el paciente, o el representante personal del paciente.

Como parte de nuestra relación profesional, es importante que comprenda nuestra política financiera.

- Es su responsabilidad proporcionarnos su información de facturación y seguro más actualizada.
- Debemos enfatizar que, como proveedores médicos, nuestra relación es con usted, el paciente, y no con su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros y posiblemente su empleador.

Es su responsabilidad conocer y comprender el nivel de servicios que cubre su compañía de seguros.

- Si tiene cobertura de Medicaid de cualquier tipo, debe notificarnos antes de su visita. Esto es parte de su acuerdo con Medicaid, y si no nos notifica sobre la cobertura de Medicaid, tendrá como resultado la responsabilidad financiera total por los servicios prestados.
- Podemos aceptar la asignación de seguro después de verificar su cobertura. Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros.

Usted es económicamente responsable por los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.

Cobramos lo que es habitual y acostumbrado en nuestra zona. Usted es responsable del pago independientemente de las decisiones arbitrarias de cualquier compañía de seguros. determinación de las tarifas usuales y habituales.

- Los copagos, coaseguros y/o deducibles vencen en el momento del servicio. Estimaremos el monto que debe según la información que recibamos de su compañía de seguros. Sin embargo, usted es responsable de pagar el monto total determinado por su compañía de seguros una vez que hayan pagado su reclamo, independientemente de nuestra estimación.

Le enviaremos un estado de cuenta (a la dirección de facturación que proporcione) para notificarle cualquier saldo que pueda adeudar. Si tiene alguna pregunta o cuestiona la validez de este saldo, es su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina comercial dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta inicial. • El pago total vence al recibir el estado de cuenta.

Los saldos de los pacientes que no se paguen en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha de emisión del estado de cuenta se considerarán vencidos. Las cuentas atrasadas pueden remitirse a una agencia de cobranza profesional y/oa un abogado para continuar con la actividad de cobranza. Usted será responsable de pagar todos los costos de cobranza incurridos, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si corresponde. • Si no puede pagar el saldo adeudado en su totalidad, debe comunicarse con nuestra oficina de facturación para analizar un cronograma de pago.

Cualquier recargo por pago atrasado ya incurridos en saldos vencidos se incluirán en cualquier arreglo acordado mutuamente. Si no realiza los pagos según lo acordado, su cuenta puede ser remitida a una agencia de cobranza profesional y/oa un abogado. Usted será responsable de todos los costos de cobranza incurridos, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si corresponde.

- En caso de que envíe el pago con cheque y el banco devuelva el cheque sin pagar por cualquier motivo, agregaremos \$25.00 a su pago original. equilibrio. Además, podemos buscar todos los recursos legales adicionales que se nos proporcionen en virtud de la ley de Texas.

**Podemos cobrarle una tarifa si no asiste, cancela o reprograma su cita con menos de un día hábil completo de anticipación. Las tarifas de cancelación de la cirugía son de \$150 si se cancela dentro de las 24 horas previas a la cirugía.**

Mi firma a continuación indica que he leído y entiendo completamente el Consentimiento para tratamiento, la Política de prácticas de privacidad y la Política financiera.

---

Nombre del paciente o representante legal en letra de imprenta

Relación con el representate

Fecha de Nacimiento

---

Firma del Paciente

Fecha

## Asignación de Beneficios y Autorización para Pago Directo

### Cesión de Beneficios, Cesión de Derechos para Proseguir ERISA y otras Reclamaciones Legales y Administrativas asociadas con mi Seguro Médico y/o Plan de Beneficios Médicos (Incluyendo Incumplimiento del Deber Fiduciario), Designación de Representante Autorizado y Autorización para Pago Directo

Cesión de Beneficios, Cesión de Derechos para Proseguir ERISA y otras Reclamaciones Legales y Administrativas asociadas con mi Seguro Médico y/o Plan de Beneficios Médicos (Incluyendo Incumplimiento del Deber Fiduciario), Designación de Representante Autorizado y Autorización para Pago Directo

Por la presente asigno y transfiero directamente a Southwest Orthopedic Group, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro, si corresponde, pagaderos a mí por servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos prestados o provistos por Southwest Orthopedic Grupo, independientemente de su estado de participación en la red de atención administrada. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier seguro aplicable o pago de beneficios. Por la presente, autorizo a Southwest Orthopedic Group a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, por la presente autorizo al fiduciario, asegurador y/o abogado de mi administrador del plan a divulgar a Southwest Orthopaedic Group todos y cada uno de los documentos del Plan, la descripción resumida de los beneficios, la póliza de seguro y/o la información de liquidación previa solicitud por escrito de Southwest Orthopedic Group o sus abogados. para reclamar dichas prestaciones médicas.

Además de la asignación de los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro anterior, también asigno y/o transmito al proveedor de atención médica mencionado anteriormente cualquier reclamo legal o administrativo o elección en acción que surja de cualquier plan de salud grupal, beneficios para empleados, plan , seguro de salud o seguro de daño extracontractual con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos que recibo de Southwest Orthopaedic Group (incluido cualquier derecho a presentar esos reclamos legales o administrativos o elegir en acción). Esto constituye una cesión expresa y consciente de las reclamaciones por incumplimiento de obligaciones fiduciarias de ERISA y otras reclamaciones legales y/o administrativas.

Con esta asignación y designación de representante autorizado, tengo la intención de transmitir a Southwest Orthopedic Group todos mis derechos para reclamar (o gravar) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por Southwest Orthopedic Group. , incluidos los derechos a cualquier acuerdo, seguro o recursos legales o administrativos aplicables (incluidos los daños derivados del incumplimiento de ERISA de reclamos de deber fiduciario). Yo otorgo al cesionario y/o representante designado (Southwest Orthopedic Group) el derecho de (1) obtener información sobre el reclamo en la misma medida que yo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) realizar cualquier solicitud, incluida la notificación o recepción de un procedimiento de apelación; (5) participar en acciones administrativas y judiciales y presentar reclamos o elegir acciones o derechos contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. Southwest Orthopedic Group, como mi cesionario y mi representante autorizado designado, puede entablar una demanda contra cualquier plan de beneficios de atención médica, plan de beneficios para empleados, administrador del plan o compañía de seguros en mi nombre con una posición derivada a cargo del proveedor.

A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA (legislación de reforma de atención médica), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta cesión se considerará válida, al igual que si fuera el original.

---

Nombre del paciente o representante legal en letra de imprenta

Relación con el representate

Fecha de Nacimiento

---

Firma del Paciente

Fecha

Díganos el MOTIVO DE LA VISITA DE HOY o cualquier inquietud especial que le gustaría discutir con su médico hoy.

Enumere sus **MEDICAMENTOS ACTUALES:**

Doy permiso a SWOG para obtener mi historial de medicamentos de 2 años de SureScripts.

Nombre del Medicamento	Dosis	Cada cuanto lo toma ( ie, 1 tablet daily)

Alergias	Tipo de Reaccion ( ie, Alergia, Nauseas)

Enumere cualquier ALERGIA a medicamentos/alimentos

- |                                                                |                                            |                                                        |                                                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia                                | <input type="checkbox"/> Tunnel Cubital    | <input type="checkbox"/> Hiperglucemia                 | <input type="checkbox"/> Polio                      |
| <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Prostata  |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre                    | <input type="checkbox"/> Enfisema          | <input type="checkbox"/> Ictericia                     | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide        |
| <input type="checkbox"/> Pecho                                 | <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñon          | <input type="checkbox"/> Lesión del maguito rotador |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                            | <input type="checkbox"/> Gota              | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado         | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia     |
| <input type="checkbox"/> Juanetes                              | <input type="checkbox"/> Ataque al corazon | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental             | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                | <input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco   | <input type="checkbox"/> Migraña                       | <input type="checkbox"/> Colocación de Stent        |
| <input type="checkbox"/> Túnel Carpal                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Estomago                   |
| <input type="checkbox"/> Colitis                               | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal     | <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador      | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral           |
| <input type="checkbox"/> Colon/Intestinal                      | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto   | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                  | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides   |
| <input type="checkbox"/> Afección Pulmonar Obstructiva Crónica | <input type="checkbox"/> Hipertensión      | <input type="checkbox"/> Neumonía                      | <input type="checkbox"/> Otro.                      |

Proporcione su **HISTORIAL MEDICO PASADO** (Marque todo lo que corresponda.)

Cuéntenos sobre cualquier CIRUGÍA que tenga e indique el mes/año si lo sabe:

**Preguntas Generales (Todos los Pacientes):**

¿Está siendo visto por un cardiólogo?  
 No  Si, Dr. \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha tenido reacciones adversas a la anestesia?  
 No  Si

**Solo Para Mujeres:**

¿Está Embarazada? No  Si, Fecha Probable de parto: \_\_\_\_\_  
 # de Embarazo: \_\_\_\_\_ # de Hijos: \_\_\_\_\_  
 # de Aborto Espontaneo: \_\_\_\_\_ # Aborto Inducido: \_\_\_\_\_

Por favor proporcione su HISTORIA FAMILIAR:	Mamá	Padre	Hermana	Hermano	Abuelo Paterno	Abuelo Materno	Abuela Materna	Abuela Paterna
Trastorno hemorrágico:								
Cáncer, Tipo _____								
Diabetes								
Cardiopatía								
Hipertensión								
Colesterol Alto								
Presión Arterial Baja								
Enfermedad Vascular								
Otro: _____								

**Proporcione su HISTORIAL SOCIAL:**

¿Usted fuma?  Yes  No  Anteriormente  
 Tipo de Tabaco: \_\_\_\_\_  
 Paquetes/Día: \_\_\_\_\_  
 Años fumando: \_\_\_\_\_  
 Años que lo dejo: \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? Si  No  Anteriormente  
 Tipo de Alcohol: \_\_\_\_\_  
 Con que frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Cantidad: \_\_\_\_\_  
 ¿Uso de otras drogas?  Nunca  Actual  Anteriormente

**Revisión de sistemas: encierre en un círculo todo lo que corresponda.**

Constitucional

Aumento de peso, Pérdida de peso, Fiebre, Sudores nocturnos, Intolerancia al ejercicio.

<b>Ojos</b>	Irritación, Sequedad, Cambio en la Visión.
<b>Oídos/Nariz/Garganta/Boca</b>	Dificultad auditiva, dolor de oído, hemorragias nasales, problemas de sinusitis, ronquidos, dolor de garganta, sangrado de encías, boca seca, úlceras bucales, anomalías orales, problemas dentales.
<b>Cardiovascular</b>	Dificultad para respirar, palpitaciones, dolor en el pecho, dolor en el brazo, soplo cardíaco.
<b>Respiratoria</b>	Tos, sibilancias, dificultad para respirar, tos con sangre
<b>Gastrointestinal</b>	Vómitos, Diarrea, Dolor Abdominal, Pérdida del Apetito, Vómitos con Sangre
<b>Genitourinaria</b>	Incontinencia, Hematuria, Dificultad para orinar, Frecuencia de micción
<b>Musculoesquelético/Extremidades</b>	Dolores musculares, debilidad, artralgia, dolor en las articulaciones, dolor de espalda, hinchazón
<b>Neurológica</b>	Debilidad, entumecimiento, convulsiones, dolores de cabeza, pérdida del conocimiento
<b>Psiquiátrica</b>	Depresión, Alteración del Sueño, Abuso de Alcohol
<b>Endocrino</b>	Fatiga, aumento de peso, pérdida de peso
<b>Linfático</b>	Moretones, Glándulas Inflamadas
<b>Alérgica / Inmunológica</b>	Picazón, urticaria, secreción nasal, presión sinusal, estornudos frecuentes