



Total Care Orthopedics

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ____ Masculino ____ Femenino SSN: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

No. Telefono: _____ Dirección Correo Electrónico: _____

Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorido(a)

Mi condicion esta relacionada a: ____ Accidente de trabajo ____ Accidente de auto ____ Otro
(Pida una forma de accidente a la recepcionista)

Información De Seguro

Seguro Primario: _____ Teléfono: _____

Número de grupo: _____ Trabajo: _____

Numero de identificación del asegurado: _____

Nombre del asegurado de la primer póliza: _____ SSN: _____

Relación al paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Secundario: _____ Teléfono: _____

Número de grupo: _____ Trabajo: _____

Numero de identificación del asegurado: _____

Nombre del asegurado de la segunda póliza: _____ SSN: _____

La información proveida es correcta y verdadera. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para el cuidado médico bajo la dirección de _____. Yo entiendo que ningunas garantías se me han dado como resultado de estos tratamientos o exámenes.

si su seguro cambia, usted es responsable de notificar a nuestra oficina antes de su cita. Por favor presente su nueva tarjeta de seguro para que podamos obtener la información correcta de la presentacion. Yo autorizo pago directamente a "Total Care Orthopedics" de los beneficios de seguro que en otro caso serían pagados hacia mi como tambien el permiso de dar información directamente relacionado con este cobro.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Patient Pain Diagram (This will become part of your chart)

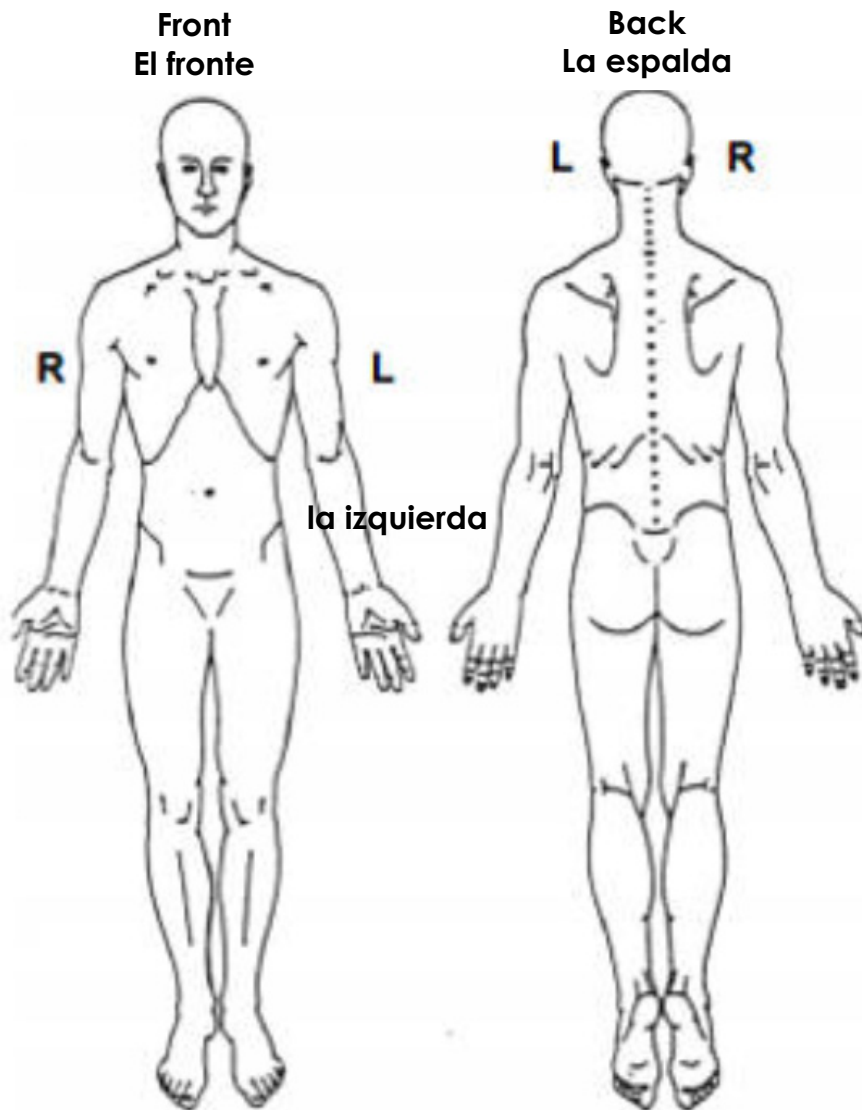
Nombre: _____ Age/: _____ Sex: _____

Please mark where your pain is located, front and back
Favor de marcar por enfrente y atrás la area de dolor

X - Pain (Dolor)

✓ - Burning (Ardiente)

O - Numbness (Dormido)



Patient Signature: _____ Date: _____



Aviso de las prácticas de privacidad aceptación del paciente

El paciente acepta haber recl bldo una copla de el aviso de la prácticas privacidad. Total Care Orthopedics (TCO) usara la información médica del paciente en una manera confidencial y en cumplmlmento con el acta de privacidad (HIPAA). Se necesita una autorización por separado para dar informacion sobre protección media. La información del paciente no será vendida a nadie y no será incluida en ningunos estudios médicos sin autorización del paciente.

Requieros:

- Deseo una orden de restriccion de mi información de li salud protegida
- Deseo una orden de comunicaciones alternativas de mi salud protegida
- Me opongo al siguiente en el aviso de las prácticas de privacidad y entiendo que la oficina no está requerida a honrar estos objeciones.

Premios:

- Yo doy mi autorización a OSC que utilize mi numero y/o ml correo electrónico para el recordatorio de citas.

Firma:_____ Fecha:_____

Nombre:_____

- Otorgo permiso a las siguientes 3 personas para que llamen en mi nombre

Persona autorizada 1

Nombre:_____ Fecha:_____

Relación al paciente:_____

Persona autorizada 2

Nombre:_____ Fecha:_____

Relación al paciente:_____

Persona autorizada 3

Nombre:_____ Fecha:_____

Relación al paciente:_____

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

Received by:_____ Date:_____

Good faith effort to obtain receipt (describe):_____



Total Care Orthopedics

Accident Report (Reporte de Accidente)

Name: _____

Date of Birth: _____

Work Related? _____
(accidente de trabajo)

Auto Accident? _____
(accidente automovilístico)

School Injury? _____
(accidente de escuela)

Other _____
(otro tipo de accidente)

Date of Accident: _____
(fecha de accidente)

Are you being represented by an attorney for this accident? (¿Está siendo representado por un abogado por este accidente?)

Yes (sí) No

History of Accident: (in your own words state when, where and how the accident happened) Historia del Accidente: (en sus propias palabras describa cuando, donde y como ocurrió el accidente)

I verify, to the best of my knowledge, that the information above is true and accurate. (Al firmar significa que la información mencionada es correcta)

Signed: _____
(firma de persona responsable)

Date: _____
(fecha)



Total Care Orthopedics

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero social: _____

Consentimiento para tratamiento/póliza de privacidad/asignatura de beneficios

El paciente y/o la persona responsable de la dicha cuenta está de acuerdo y entiende lo siguiente:

I. Consentimiento para tratamiento: y doy consentimiento a la evaluación y servicios proveídos por el Dr. _____ de Total Care Orthopedics en esta clínica. Los servicios pueden incluir radiología diagnóstica. Yo entiendo que mi consentimiento puede ser revocado, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación no le quita la obligación financiera por los servicios administrados.

Firma: _____ Fecha: _____

II. Autorización para dar u obtener información: El paciente autoriza a Total Care Orthopedics para dar a cualquier seguro médico que es responsable por pago completo o parcial de la cuenta médica del paciente, la información necesaria para el proceso correcto de los reclamos médicos. Adicionalmente, el paciente da permiso a Total Care Orthopedics para proveer la información necesaria a otras oficinas medicas como sea necesario para facilitar el cuidado médico correcto, limitado unicamente a esa información que sea necesaria para hacer referencias, etc. a favor del paciente.

III. Confirmación de privacidad: El paciente está de acuerdo que recibió una copia del aviso de las prácticas de privacidad. Total Care Orthopedics usara la información médica del paciente en una manera confidencial y en cumplimiento con el acta de privacidad (HIPAA). Se necesita una autorizacion por separado para dar informacion sobre proteccion medica. La información del paciente no será vendida a nadie y no será incluida en ningunos estudios medicos sin autorización del paciente.

Yo acepto los términos y condiciones explicados en las secciones II y III de esta póliza:

Firma: _____ Fecha: _____

IV. Responsabilidad financiera: En consideracion de tratamiento medico y servicios proveídos al paciente, el paciente a la persona responsable garantiza incondicionalmente el pago completo a Total Care Orthopedics. Total Care Orthopedics obedecera los términos y condiciones que se imponen en los contratos de manejo individual con los que el paciente y el doctor ambos participan. Pacientes cubiertos por un plan de seguro que no tienen un contrato de manejo de el cuidado con Total Care Orthopedics entienden que Total Care Orthopedics mandara reclamos para ser procesados. Sin embargo, el paciente o la persona encargada es responsable por el pago completo de el balance de la cuenta aparte de lo que cubre el seguro o la determinación de beneficios de seguro. Si el seguro no paga un reclamo dentro de 45 días, el balance es responsabilidad de el paciente o la persona responsable. Todos los pagos son dados al tiempo de recibir el servicio. El paciente o la persona responsable entiende que es responsable de proveer información correcta sobre su seguro. Si usted no nos comunique cualquier cambio en su cobertura médica, esto puede resultar en que los reclamos no sean pagados. Se le cobrará al paciente por cualquier reclamo que no se pagado por no dar la información correcta y a tiempo.

V. Asignación de Beneficios de seguro: El paciente autoriza a cualquier seguro representado como responsable por el pago completo o en parte de la cuenta médica del paciente, incluyendo cualquier protección personal o seguro médico, a pagarla a Total Care Orthopedics cualquier dinero y beneficios que son pagados hacia mi. Adicionalmente, yo estoy de acuerdo que cualquier pagos serán aplicados a cualquier cuenta pendiente que yo haya recibido bajo cualquier seguro de auto o motorista sin seguro o con bajo seguro proveído por el cubrimiento de pagos médicos.

Yo acepto los términos y condiciones explicados en las secciones II y III de esta póliza:

Firma: _____ Fecha: _____ Relación al paciente: _____



Total Care
Orthopedics

Medication List/ Lista de Medicamentos

Please list all your current medications you are currently taking:
(prescriptions and over-the-counter medications)

(Español)

Enumere los medicamentos que esta tomando actualmente:
(prescripciones and medicamentos de ventana libre)

NAME/ NOMBRE:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Signature (Firma del paciente)

Date (Fecha)

Injections (Inyecciones)

Date: _____
(Fecha)

Patient's Name: _____
(Nombre de Paciente)

DOB: _____
(Fecha de nacimiento)

Any history of Diabetes: _____ Yes/Si or _____ No
(Historia de diabetes)

Risk and Benefits for Injection:

Benefits of this procedure includes reduced pain and increased flexibility. Hematoma, infections, no improvement of the symptoms, an allergic reaction, discoloration of the skin and or indenting of injection site. Please know there are no guaranteed for this procedure.

(Español)

(Riesgos y beneficios de la inyección)

Los beneficios de este procedimiento incluyen reducción del dolor y mayor flexibilidad. Hematoma, infecciones, sin mejoría de los síntomas, reacción alérgica, decoloración de la piel o sangría en el lugar de la inyección. Tenga en cuenta que no hay garantía para este procedimiento.

Post-op Injection Instructions:

- Soreness – Please rest (Dolor - por favor descansa)
- Ice injection site (aplicar hielo en el lugar de la inyección)
- 10 – 15 minutes
- Allow 2-3 days for full effect of the injection (Espere 2-3 días para que la inyección tenga pleno efecto)

Patient's signature/ Firma del paciente

Please call our office if you have any concerns or persistent pain (956)234-4304.
Llame a nuestra oficina si tiene alguna inquietud o dolor persistente