

**FORMULARIO DE ADMISIÓN**

**Información Del Paciente**

<b>Nombre</b>		<b>Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)</b>		<b>Como te enteraste de nosotros?</b>	
<b>Dirección</b>				<b>Ciudad:</b>	<b>Código postal:</b>
<b># De Contacto</b>	<b>Casa:</b>	<b>Móvil:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>		
<b>Ocupación</b>		<b>Estado</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Unión De Hecho <input type="checkbox"/> Viudo
<b>Contacto De Emergencia</b>		<b>Relación:</b>	<b>Móvil:</b>		

**Seguro De Automóvil** **Seguro Médico**

<b>Nombre del Seguro</b> _____	<b>Nombre del Seguro</b> _____
<b>Numero De Poliza</b> _____	<b>Numero De Poliza</b> _____
<b>Numero de telefono</b> _____	<b>Numero de telefono</b> _____
<b>Nombre De Ajustador</b> _____	<b>Nombre del titular de la poliza</b> _____
<b>Numero de reclamo</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> ____ / ____ / ____ <b>Sex</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Numero De Ajustador</b> _____	<b>Relacion con el paciente:</b>
<b>Direccion Para Reclamos</b> _____	<input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Esposo
<b>Ciudad:</b> _____ <b>Estado:</b> _____	
<b>Codigo Postal</b> _____	

**Informacion Legal**

Tienes un abogado para tu accidente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Bufete de Abogados:</b>	<b>Teléfono:</b>
	<b>Fax:</b>

**Historial Medico:**

<b>Cirugias Importantes</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<b>Lista:</b>
<b>Fracturas / Lesiones</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<b>Lista:</b>
<b>Accidentes / Caidas Importantes</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<b>Lista:</b>
<b>Medicamentos / Vitaminas</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<b>Lista:</b>

*Consentimiento de Paciente*

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Doy mi consentimiento voluntariamente para la prestación de atención, incluido el tratamiento y la realización de procedimientos de diagnóstico. Entiendo que estoy bajo el cuidado y supervisión del médico tratante y que es responsabilidad del personal seguir las instrucciones de dicho médico.

**DIVULGACION DE INFORMACION:** Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento al medical office para usar y divulgar su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y divulgar esta información de salud protegida. Tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento y le recomendamos que lo lea en su totalidad.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado llamando a nuestra oficina al \_\_\_\_\_ Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usamos y divulgamos su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a aceptar su solicitud. Sin embargo, si decidimos aceptar su solicitud, estamos sujetos a nuestro acuerdo. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información de salud protegida en base a su consentimiento.

**MEDICARE Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION:** Yo Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII y/o Título de la Ley del Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a revelar a la Administración del Seguro Social o a sus proveedores intermediarios cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado de Medicare o Medicaid.

**VERIFICACIÓN SIN EMBARAZO (Solo pacientes mujeres):**

Al firmar este formulario, declaro que, a mi leal saber y entender, no estoy embarazada ni sospecho o confirmo un embarazo en este momento en particular. Fecha del último período menstrual \_\_\_\_\_

IMPRIMR NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

DISTINTO DEL PACIENTE, IMPRIMA NOMBRE Y RELACION (TESTIGO): \_\_\_\_\_

**FIRMA DE ARCHIVO:**

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_

Autorizo el uso de este formulario en todas las presentaciones de Medicare/seguros privados y secundarios.

Autorizo la divulgación de cualquier información a Medicare/compañías de seguros privadas y secundarias para determinar los beneficios pagaderos por este servicio.

Entiendo que soy responsable de mi factura si no estoy cubierto por un seguro.

Entiendo que soy responsable de mi copago y deducible no cubiertos por Medicare/seguro primario y secundario.

Autorizo el pago directo al proveedor del servicio.

Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

FIRMA DE PACIENTE: \_\_\_\_\_

GAUDRIAN DEL PACIENTE(TESTIGO): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma de Paciente o Representate: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre de Paciente or Representate: \_\_\_\_\_

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

Descripción de la autoridad del Representante Personal: \_\_\_\_\_

# Pain X Ortho Specialists

## ***POLITICA FINANCIERA DE LA OFICINA***

Nuestra política es brindarle la cortesía de permitirle asignarnos su beneficio de seguro directamente. Esta póliza reduce sus gastos de bolsillo y le permite poner a su familia bajo cuidado.

1. Si no tienes seguro: Todos los pagos se esperan al momento del servicio o mediante un plan de pago autorizado. Hable con nuestros representantes para configurar un plan de pago.
2. Si tiene seguro: Todos los deducibles y copagos se esperan al momento del servicio o mediante un plan de pago autorizado. El saldo de su coseguro no puede exceder los \$100 o se puede cancelar la atención.

Nuestros planes de pago hacen que la atención sea una parte asequible de su presupuesto familiar.

Se le considera un paciente en efectivo hasta que trae sus formularios de seguro completos y calificamos y aceptamos su cobertura de seguro. No aceptamos asignaciones para compañías de seguros secundarias, pero estaremos encantados de proporcionarle un formulario de reclamo para su compañía de seguros secundaria.

Nuestras tarifas son consideradas habituales, habituales y razonables por la mayoría de las empresas y, por lo tanto, están cubiertas hasta la asignación máxima determinada por cada transportista. Esta declaración no se aplica a las empresas que reembolsan basándose en un cronograma arbitrario o tarifas que no tienen relación con la norma vigente en esta área.

Si su proveedor no ha pagado un reclamo dentro de los sesenta (60) días posteriores a la presentación, usted acepta tomar parte activa en la recuperación de su reclamo. Si su compañía de seguros no ha pagado dentro de los noventa (90) días posteriores a la presentación, usted acepta la responsabilidad del pago total de cualquier saldo pendiente y le autoriza a usar su tarjeta de crédito para cobrar el pago completo.

El abajo firmante acepta, ya sea como agente o paciente, que se obliga individualmente a pagar los servicios prestados de acuerdo con las tarifas y términos regulares de Pain X Ortho Specialists. The office will verificará los beneficios del seguro en nombre del paciente. La verificación no es garantía de pago. El agente/paciente es responsable de cualquier copago, deducible, coseguro y montos identificados por la aseguradora como responsabilidad del paciente. Se agregará una tarifa del 33% al saldo pendiente si el saldo pendiente se remite a cobro. Esta información se utilizará con el fin de evaluar y administrar los reclamos de beneficios. Además, acepto que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Si interrumpe la atención por cualquier motivo que no sea el alta del médico, todos los saldos vencerán inmediatamente y serán pagaderos en su totalidad, independientemente de cualquier reclamo presentado.

Imprimir Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Pain X Ortho Specialists

<b>HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE</b>				
Tiene alguno de los siguientes síntomas?	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Migraña <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos <input type="checkbox"/> Entumecimiento/dolor en brazos/manos <input type="checkbox"/> Entumecimiento/dolor en piernas/pies <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Café _____ tazas/día	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja <input type="checkbox"/> Dolor entre hombros <input type="checkbox"/> Coxis doloroso <input type="checkbox"/> Problemas de los pies <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Náuseas/fiebre <input type="checkbox"/> Respiración dificultosa <input type="checkbox"/> Fumar _____ pkg/día	<input type="checkbox"/> Problemas para orinar <input type="checkbox"/> Problemas digestivos <input type="checkbox"/> Problemas intestinales <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Reflujo ácido/úlceras <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Alcohol _____ bev/week	
Lo tienes o lo has tenido alguna vez?	<input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Espondiloartritis anquilosante <input type="checkbox"/> Infección espinal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/marcapasos <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT/aneurisma <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Aneurisma aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria <input type="checkbox"/> Asma/bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad/problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad/problemas renales <input type="checkbox"/> Enfermedad/problemas hepáticos <input type="checkbox"/> Problemas de la piel <input type="checkbox"/> Trastorno psicológico <input type="checkbox"/> Fibromialgia/fatiga crónica	
Su familia tiene historial de alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Ataque <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Desórdenes de ansiedad <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Huntington	<input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Desorden digestivo <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides <input type="checkbox"/> Enfermedad mental