



Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ inicial: _____
Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____ Genero : F M
Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado
Idioma preferido: Inglés Español Otros _____
Dirección: _____
Apartamento #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Contacto primario #: _____ Contacto secundario #: _____
Dirección de correo electrónico: _____ acceso al portal del paciente? Sí No
Fuente de referencia: _____

Contacto de emergencia

Nombre completo: _____ Teléfono #: _____
Relación: Cónyuge Hijo Padre Otro: _____

Divulgación de información médica: Que no sea contacto de emergencia

Por la presente doy permiso al Instituto Ortopédico de New Orleans para divulgar y discutir cualquier información relacionada con mis condiciones médicas con las siguientes personas (familiares o amigos personales cercanos):

Nombre completo: _____

Relación: _____

Nombre completo: _____

Relación: _____

Nombre completo: _____

Relación: _____



No deseo dar permiso para que el Instituto Ortopédico de Nueva Orleans divulgue y discuta cualquier información relacionada con mis condiciones médicas con familiares o amigos personales cercanos.

Aviso de la Ley de Privacidad de HIPAA

_____ (Inicial) Se me ha dado la oportunidad de revisar la Ley de Aviso de Privacidad y se me ha dado la oportunidad de recibir una copia.

SOLO PARA PERSONAL MÉDICO:

Copia entregada al paciente Sí Rechazada

Firma del personal: _____ Fecha: _____

Información sobre el seguro médico

1. ¿Presentará la visita de hoy a través de su seguro médico personal? En caso afirmativo, complete la sección I si la parte responsable no es propia.
2. ¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo? En caso afirmativo, complete la sección II.
3. ¿Su visita de hoy está relacionada con un seguro legal o de responsabilidad civil? En caso afirmativo, complete la sección.

Seguro Medico:

Nombre de la parte responsable si no es uno mismo: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Numero de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____

Reclamos de Compensación de Trabajadores:

Fecha de la lesión/accidente: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ ¿Está trabajando actualmente? Sí No

En caso afirmativo, ¿a tiempo parcial con restricciones? Sí No

En caso negativo ¿a tiempo completo sin restricciones? Sí No

¿Tiene un abogado que lo represente? Sí No En caso afirmativo,
¿quién? _____

Reclamaciones de Responsabilidad: Legales

Fecha de la lesión/accidente: _____ Nombre del abogado: _____

Teléfono #: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



POLÍTICAS DE LA OFICINA

CITAS

_____ **(Inicial)** Reconozco que hay una tarifa de \$40 por una cita perdida o una cancelación tardía. La tarifa de no presentación se aplicará si una cita no se cancela dentro de las 24 horas anteriores a la hora de la cita. Se espera que la tarifa por no presentarse se pague ANTES de ser visto por el médico en cada visita.

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

_____ **(Inicial)** Reconozco que el Instituto Ortopédico de New Orleans no prescribe narcóticos para el manejo del dolor agudo/crónico. Nuestros proveedores lo referirán a un Doctor especializado en el manejo del dolor según sea necesario. Las prescripciones para el dolor postoperatorio se discuten en el momento de la recomendación del procedimiento/cirugía. Además, reconozco que no se me administrarán analgésicos SIN una cita.

NO se entregarán prescripciones por teléfono. Por lo tanto, asegúrese de revisar sus recetas antes de salir de la oficina. NO SE HARÁN EXCEPCIONES.

PAGOS

_____ **(Inicial)** Entiendo que soy responsable de mantener mi cuenta actualizada. Se esperan copagos y coseguros en el momento de cada visita, y entiendo que es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. Además, entiendo que si tengo un saldo por cualquier motivo, se esperará que se PAGUE EN SU TOTALIDAD antes o en mi próxima cita, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Si no se han hecho arreglos previos y no está dispuesto a pagar el saldo en la cita, se le pedirá que re programe y posiblemente incurra en el cargo por cancelación tardía de \$ 40.

FORMAS

_____ **(Inicial)** Reconozco que habrá una tarifa de formulario de \$ 25 para CUALQUIER formulario que deba completar la oficina. Esto incluye, pero no se limita a, formularios de discapacidad a corto plazo, formularios FMLA, formularios de seguros o formularios del empleador. Los formularios no se entregarán si no se paga la tarifa. La documentación se tramitará en un plazo de 7 a 10 días laborables a partir de su recepción.

He leído y entiendo todas las políticas y procedimientos de la oficina anteriores.

HIPAA COMPLIANT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

| | | | | |
|--|-------|---|-------------|--------------|
| PATIENT NAME (Last, First, Middle) | | DOB | | |
| ADDRESS | | SSN | | |
| CITY | STATE | ZIP | | |
| PROVIDER AUTHORIZED TO RELEASE THE PHI: | | ENTITY RECEIVING THE PHI: | | |
| | | NAME New Orleans Orthopedic Institue | | |
| | | ADDRESS 1810 LINDBERG DR. SUITE 1400 | | |
| | | CITY SLIDELL | STATE LA | ZIP 70458 |
| | | ATTENTION: | | |
| This authorization will expire on the following date or event. If date or event is not indicated, authorization will expire 17 months from date signed. | | | | |
| Date: | | Event: | | |
| Purpose of this Disclosure: | | | | |
| PHI AND DATES OF PHI AUTHORIZED FOR USE OR DISCLOSURE | | | | |
| Description | | Start Date | End Date | |
| <input type="checkbox"/> All PHI in the record | | | | |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | | | | |
| <input type="checkbox"/> Laboratory Tests | | | | |
| <input type="checkbox"/> X-Ray Tests / Reports | | | | |
| <input type="checkbox"/> History and Physical Examination | | | | |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | | | | |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports | | | | |
| <input type="checkbox"/> Itemized Billing Statement | | | | |
| <input type="checkbox"/> Other: | | | | |
| The following information will be released when included in the above information unless you indicate otherwise: | | | | |
| <input type="checkbox"/> AIDS or HIV test results | | <input type="checkbox"/> Psychiatric or mental care / treatment | | |
| <input type="checkbox"/> Alcohol, drug or substance abuse treatment | | <input type="checkbox"/> Other (specify): | | |
| I UNDERSTAND THAT: | | | | |
| 1. I MAY REFUSE TO SIGN THIS AUTHORIZATION AND IT IS STRICTLY VOLUNTARY. | | | | |
| 2. MY TREATMENT, PAYMENT, ENROLLMENT OR ELIGIBILITY FOR BENEFITS MAY NOT BE CONDITIONED ON SIGNING THIS AUTHORIZATION. | | | | |
| 3. I MAY REVOKE THIS AUTHORIZATION AT ANY TIME IN WRITING TO THE PROVIDER AUTHORIZED TO RELEASE THE PROTECTED HEALTH INFORMATION, BUT IF I DO, IT WILL NOT HAVE ANY AFFECT ON ANY ACTIONS TAKEN PRIOR TO RECEIVING THE REVOCATION. | | | | |
| 4. IF THE REQUESTER OR RECEIVER IS NOT A HEALTH PLAN OR HEALTH CARE PROVIDER, THE RELEASED INFORMATION MAY NO LONGER BE PROTECTED BY FEDERAL PRIVACY REGULATIONS AND MAY BE REDISCLOSED. | | | | |
| 5. I HAVE THE RIGHT TO RECEIVE A COPY OF THIS FORM AFTER I SIGN IT. | | | | |
| Signature of Patient: | | Date: | | |
| Signature of Patient's Representative (if necessary): | | Date: | | |
| Personal Representative's Relationship to Patient: | | | | |

*** There may be a fee charged to process your request ***



Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Historia Social

¿Consumes productos de tabaco? Sí No

En caso afirmativo, Fumador diario actual Fumador diurno actual Ex fumador Sin humo

¿Cuántos paquetes por día? _____ Años de usar tabaco/ Fumar: _____

¿Nivel de consumo de alcohol? Ninguno Ocasional Moderado Pesado

Alergias a medicamentos

Sí No, Por favor enumere los medicamentos/reacción a continuación

Receta Medicamentos:

Historial médico

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Derrame |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Alto contenido de colestero | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas renales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | |

Antecedentes familiares

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Alto contenido de colestero | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Problemas renales | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | |
| <input type="checkbox"/> Infarto | | <input type="checkbox"/> Desconosco |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | | |