



Cuenta #: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Doctor primario o de cabecera: \_\_\_\_\_ PCP Fax: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Género: Masculino  Femenino  Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero  Casado  Otro: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia favor notificar a: : \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Área del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_

Desde cuando ha tenido este problema: \_\_\_\_\_

Descripción del problema: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su condición esta relacionada con su trabajo?: Si  No  Si es así, por favor conteste las sigale entes preguntas:

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Empleador al momento del accidente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Su condición esta relacionada con un accidente de transito?: Si  No  Si es así, por favor conteste las siguientes preguntas:

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Numero de claim: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del representante de caso: \_\_\_\_\_

¿Tiene representación de un abogado?: Si  No  Si es así, por favor conteste las sigale entes preguntas:

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# Cuestionario Médico

Por favor marque:     Cita Inicial     Visita de seguimiento

**Nobre del Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Nombre de medico primario:** \_\_\_\_\_

**Numero de cuanta#:** \_\_\_\_\_

<p><b>Alergias</b></p> <p><input type="checkbox"/> No cambios desde la última visita.    <input type="checkbox"/> Nueva información</p> <p><b>Por favor anotar cualquier alergias</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>Historia Medica</b></p> <p><input type="checkbox"/> No cambios desde la última visita.    <input type="checkbox"/> Nueva información</p> <p><b>Ha padecido de algunos de los siguientes?</b></p> <p>Depresión/Ansiedad    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Diabetes    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Problema de tiroides    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Colesterol alto    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Presión arterial alta    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Enfermedad Pulmonar    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Ataque al corazón    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Fiebre reumática    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Infarto    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Convulsiones/Epilepsia    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Asma    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Efisema    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Bronquitis    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Tuberculosis    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Enfermedad del hígado    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Pancreatitis    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Gota    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Osteoporosis    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Reemplazo de articulaciones    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>VIH/SIDA    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Hepatitis    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Thrombosis    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Enfermedad del riñón    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Tratamiento de cortisona    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Glaucoma    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p>Marcapaso    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</p> <p><b>Otras (lista):</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>Revisión de Sistemas</b></p> <p><input type="checkbox"/> No cambios desde la última visita.</p> <p style="text-align: center;"><b>Tiene algunos de estos síntomas?</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;"><i>General</i></th> <th style="width: 50%;"><i>Cardiovascular</i></th> </tr> <tr> <td>Pérdida de Peso    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Dolor de Pecho    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Fiebre    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Hinchazón en piernas o pies    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Sudor en la noche    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Ritmo irregular    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Fatiga    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Coagulos de sangre    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Alergia/Inmunologia</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Neurológico</i></th> </tr> <tr> <td>Urticaria    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Mareos    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Erupción en la piel    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Adormecimiento    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>infecciones Frecuentes    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Convulsiones    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Glandulas inflamada    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Ataque Cerebral    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Dolor de cabeza    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Ojos</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Hematólogo</i></th> </tr> <tr> <td>Vision Borrosa    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Anemia    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Pérdida de la vision    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Coagulos de sangre    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Picor    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Sangramiento or se pone morado fácilmente    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Piel</i></th> <td></td> </tr> <tr> <td>Erupción en la piel    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Descoloramiento    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td></td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Oido/Nariz/Garganta</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Endocrine</i></th> </tr> <tr> <td>Ruido en los oidos    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Sed Excesiva    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Sordera    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Subida Depeso    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Sangramiento de la nariz    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Hambre Excesiva    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Dificultad al tragar    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <th style="text-align: center;"><i>Musculatorio</i></th> </tr> <tr> <td></td> <td>Dolor de articulaciones    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Dolor de espalda o cuello    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Debilidad muscular    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Dolor muscular    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Intestinal</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Urología</i></th> </tr> <tr> <td>Dolor abdominal    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Orinar con frecuencia    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Nausea or Vomito    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Dolor al orinar    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td>Sangramiento Fecal    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td>Sangre en la orina    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ardor en la orina    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <th style="text-align: center;"><i>Respiratorio</i></th> <td></td> </tr> <tr> <td>Corto de Respiración    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rorquido al respirar    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tos    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N</td> <td></td> </tr> </table>	<i>General</i>	<i>Cardiovascular</i>	Pérdida de Peso <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Fiebre <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hinchazón en piernas o pies <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sudor en la noche <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Ritmo irregular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Fatiga <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Coagulos de sangre <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>Alergia/Inmunologia</i>	<i>Neurológico</i>	Urticaria <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Mareos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Erupción en la piel <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Adormecimiento <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	infecciones Frecuentes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Convulsiones <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Glandulas inflamada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Ataque Cerebral <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>Ojos</i>	<i>Hematólogo</i>	Vision Borrosa <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Anemia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Pérdida de la vision <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Coagulos de sangre <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Picor <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sangramiento or se pone morado fácilmente <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>Piel</i>		Erupción en la piel <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Descoloramiento <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<i>Oido/Nariz/Garganta</i>	<i>Endocrine</i>	Ruido en los oidos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sed Excesiva <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sordera <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Subida Depeso <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sangramiento de la nariz <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hambre Excesiva <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>Musculatorio</i>		Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Dolor de espalda o cuello <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Debilidad muscular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Dolor muscular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>Intestinal</i>	<i>Urología</i>	Dolor abdominal <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Orinar con frecuencia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Nausea or Vomito <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dolor al orinar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sangramiento Fecal <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sangre en la orina <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Ardor en la orina <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>Respiratorio</i>		Corto de Respiración <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Rorquido al respirar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		Tos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
<i>General</i>	<i>Cardiovascular</i>																																																																									
Pérdida de Peso <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Fiebre <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hinchazón en piernas o pies <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Sudor en la noche <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Ritmo irregular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Fatiga <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Coagulos de sangre <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
<i>Alergia/Inmunologia</i>	<i>Neurológico</i>																																																																									
Urticaria <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Mareos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Erupción en la piel <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Adormecimiento <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
infecciones Frecuentes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Convulsiones <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Glandulas inflamada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Ataque Cerebral <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
	Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
<i>Ojos</i>	<i>Hematólogo</i>																																																																									
Vision Borrosa <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Anemia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Pérdida de la vision <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Coagulos de sangre <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Picor <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sangramiento or se pone morado fácilmente <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
<i>Piel</i>																																																																										
Erupción en la piel <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																										
Descoloramiento <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																										
<i>Oido/Nariz/Garganta</i>	<i>Endocrine</i>																																																																									
Ruido en los oidos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sed Excesiva <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Sordera <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Subida Depeso <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Sangramiento de la nariz <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Hambre Excesiva <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<i>Musculatorio</i>																																																																									
	Dolor de articulaciones <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
	Dolor de espalda o cuello <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
	Debilidad muscular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
	Dolor muscular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
<i>Intestinal</i>	<i>Urología</i>																																																																									
Dolor abdominal <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Orinar con frecuencia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Nausea or Vomito <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Dolor al orinar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
Sangramiento Fecal <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sangre en la orina <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
	Ardor en la orina <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																									
<i>Respiratorio</i>																																																																										
Corto de Respiración <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																										
Rorquido al respirar <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																										
Tos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																										
<p><b>Medicamentos</b></p> <p><input type="checkbox"/> No cambios desde la última visita    <input type="checkbox"/> Nueva informacion</p> <p><b>Nombre del medicamentos que esta tomando:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lista adjunta</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>Es posible que este embarazada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No    <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>Usted escribe con lamano</b></p> <p><input type="checkbox"/> Derecha    <input type="checkbox"/> Izquierda</p> <p><b>Historia Social</b></p> <p><input type="checkbox"/> No cambios desde la última visita.    <input type="checkbox"/> Nueva informacion</p> <p><b>Usted fuma?</b>    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si, cuántos al dia?</i> _____</p> <p><b>Usted toma alcohol?</b>    <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si, cuántas al la semana?</i> _____</p>																																																																									
<p><b>Cirujias</b>    <input type="checkbox"/> No cambios desde la última visita.    <input type="checkbox"/> Nueva información</p> <p><b>Por favor anotar cirugias que hatenido.</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Procedimiento</th> <th style="width: 50%;">Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Procedimiento	Año											<p><b>Historia Familiar</b></p> <p>Alguien en su familia ha tenido?</p> <p>Enfermedad del corazón    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N    Si, quien? _____</p> <p>Enfermedad del pulmón    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N    Si, quien? _____</p> <p>Enfermedad del riñón    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N    Si, quien? _____</p> <p>Diabetes    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N    Si, quien? _____</p> <p>Cáncer    <input type="checkbox"/> S    <input type="checkbox"/> N    Si, quien? _____</p>																																																													
Procedimiento	Año																																																																									

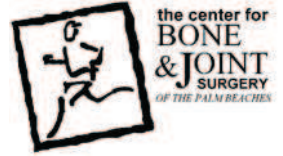
**Firma de Paciente/Guardián :** \_\_\_\_\_

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

**Firma de médico:** \_\_\_\_\_

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

INFORMACION SEGURO



Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Seguro primario: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de póliza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro primario: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de póliza \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Autorizo al Center for Bone & Joint Surgery a divulgar cualquier información acerca de mi tratamiento a mi compañía de seguro. Autorizo que la pague al Center for Bone & Joint Surgery por los servicios médicos brindados. En case que el seguro me pague directamente, me haré responsable de rembolsar el dinero recibido al Center for Bone & Joint Surgery. Reconozco y acepto pagar cualquier balance o servicio que no sea cubierto por mi seguro. La información esta completada de acuerdo con lo mejor de mi cocimiento.*

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

**Para uso de oficina. Por favor no escriba debajo de esta línea.**

Send claims to: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Claim #: \_\_\_\_\_

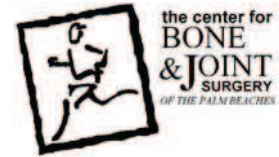
Adjuster's Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nurse Case Manager's Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

# ACUERDO DE PRIVACIDAD MÉDICA Y AUTORIZACIÓN FINANCIERA



## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA PARA PROPÓSITOS SOLICITADOS POR LA CONSULTA.

A. Yo entiendo que como parte de mi tratamiento médico, The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches origina y mantiene en papel o electrónicamente archivos médicos que describen mi salud, mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes, resultados de laboratorio, diagnósticos, tratamientos y futuros procedimientos. Yo comprendo que esta información sirve como:

- o Base para planificar mi cuidado y tratamiento
- o Forma de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- o Fuente de información para mis diagnósticos, procedimientos y cirugías, para el seguro de salud.
- o Corroboración de servicios ofrecidos fueron realmente provistos
- o Herramienta rutinaria para evaluar la calidad y revisar los tratamientos ofrecidos por los profesionales de la salud.

B. Yo entiendo y he sido proveído con el "Aviso de Privacidad" y lo siguientes derechos.

- o El derecho de revisar el aviso antes de firmar.
- o El derecho de utilizar mi información para otros propósitos que sean para mi seguro de salud.
- o El derecho de solicitar ciertas restricciones acerca de mi información.

C. Yo entiendo que The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches no esta en obligación de aceptar las restricciones que he requerido. Yo entiendo que puedo revocar este aviso por escrito, excepto por lo que ha sido utilizado hasta la fecha. Yo también comprendo que si me rehúso a firmar este aviso esta organización puede decidir no atenderme como lo permite la Sección 164.506 del código de Regulaciones Federal.

D. The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches tiene el derecho de cambiar el aviso según la sección 164.520 del código de Regulaciones Federal.

E. Yo deseo tener las siguientes restricciones en el uso de mi información médica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F. Yo entiendo que como parte de tratamiento médico que me ha de dispensar esta organización, sea necesario divulgar mi información para el propósito de tratamiento, pagos y/o la consulta de otras identidades de salud.

G. Entiendo que The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches puede cobrar por copias medicas. También entiendo que el cobro de los mismos podrá hacerse por adelantado.

## COMO ANULAR SU AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Usted como paciente tiene el derecho a revocar su autorización de divulgación de información médica. Para ello debe hacerlo por escrito vía correo certificado a:

10131 W. Forest Hill Blvd. Suite 230  
Wellington, FL 33414

La carta debe incluir lo siguiente:

- o Nombre, dirección y teléfono del paciente
- o Fecha de efectividad de esta autorización y persona(s) a quien usted no desea su información sea divulgada
- o Su deseo de revocar la autorización que previamente había brindado, fecha y firma

Toda anulación o revocación debe dirigirla al Oficial de Privacidad de The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches. Luego de haberse recibido The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches no divulgará información medica suya sin haber recibido una autorización de su parte.

## NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Reconozco haber recibido copia de Notificación de Privacidad de The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches efectiva el 14 de abril de 2003.

## PODER DEL ABOGADO PARA ENDOSAR CHEQUES Y FIRMAR CUALQUIER PAPEL QUE AUMENTE O FACILITE EL PAGO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS EN CUESTIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A REVELAR LOS REGISTROS MÉDICOS Y ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS/AUTORIZACIÓN A PAGAR.

A. Con el conocimiento de los presentes el suscrito ha hecho, constituido y designado y por medio de la presente hace, constituye y designa a The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches, y a cualquiera de sus agentes y empleados debidamente autorizados, así como al abogado lícito y legítimo para y bajo el nombre del suscrito, colocar y en lugar endosar cualquier cheque, giro bancario u ordenes de dinero las cuales sean hechas pagaderas solamente al suscrito a al suscrito y dicho. The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches cuyos cheques, giros bancarios u ordenas de dinero sean hechos pagaderos por lis servicios que han sido prestados por The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches a petición o con el conocimiento y aprobación del suscrito o de quien hace el cheque giro u orden de dinero.

B. Además, el suscrito permite al The Center for Bone and Joint Surgery of the

Palm Beaches, o a cual quiera de sus agentes firma cualquier papel que sea necesario para aumentar, facilitar o permitir el pago dicho proveedor. Esto puede incluir declaración jurada de la no pertenencia de vehículos, formas de seguro y otros informas.

C. El suscrito por medio de la presente entrega y concede al dicho The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches, como abogado el poder total y la autoridad para hacer y ejecutar todas y cada acto cualquiera requerido y necesario y bajo la premisa de completar toda los intentos y propósitos como el suscrito pueda o deba hacer para presentar personalmente hasta ahora como el endorso o cobro dichos cheques concernientes, así como cualquier otro documentó.

## RELEVO DE REGISTROS

A. Una fotocopia de este documento es suficiente para autorizar a cualquier persona que tenga registros de tratamiento médico, servicios o provisiones pertinentes a mi, a liberar copias auténticas a The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches o cualquier proveedor de seguros cubriéndome en conexión con el procesamiento de cualquier reclamo de beneficios hechos a mi o por el asignado dicho. Una fotocopia de este documento será tan valida como la pagina firmada originalmente.

B. El suscrito por medio de la presente ratifica y confirma que toda las acciones tomadas por el abogado dicho en acuerdo con este poder especial y el cual el abogado dicho cumplirá o hará que se cumplía virtuosamente lo presente.

C. Yo autorizó a la compañía de se seguros a pagar directamente a:

The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches

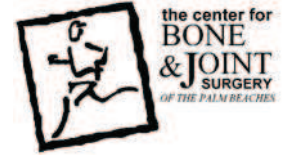
10131 W. Forest Hill Blvd. Suite 230  
Wellington, FL 33414

Los beneficios pagaderos de otra manera a mi por sus servicios, pero sin que excedan el pago de los mismos. Por medio de esta ASIGNO IRREVOCABLEMENTE a The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches, todos los derechos y beneficios bajo mi póliza de seguros, acuerdo de indemnización o cualquier otra fuente colateral definido así en los Estatutos de Florida por cualquier servicio o cargo provisto a mi por The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches.

En cumplimiento de lo anterior,

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ACUERDO FINANCIERO

- I. En consideración con los servicios que me serán prestados, por medio presente me obligo individualmente a pagar la cuanta generada por The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches de acuerdo con las tasa y términos regulares de The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches. En caso tal en que la cuenta sea remitida a un abogado o a una agencia licenciada de recaudos para su cobro, pagare los honorarios justos del abogado y los gastos de cobro. Todas las cuantas atrasadas (aquellas que no han sido pagadas 60 días después de la fecha del servicio) generaran intereses según las tasas legales.
- II. Autorizo el pago directo a The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches de cualquier beneficio del seguro a no ser que sean pagaderos a mi, por los servicios prestados a una tasa que no exceda los cargos regulares de The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches. Esta acordado que el pago hecho a The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches, de acuerdo con esta autorización, por la compañía de seguros, exonerara a la compañía en cuestión de cualquiera y todas las obligaciones bajo la política de extensión de dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos nos cubiertos por este acuerdo.
- III. Entiendo que The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches tiene el derecho a rehusarme en cualquier momento el tratamiento o cuidado medico. Certifico que soy el paciente o que estoy debidamente autorizo por el paciente como su representante general para llevar a cabo este documento y aceptar sus términos.
- IV. Sobre la ASIGNACION DE MEDICARE esto significa que *The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches* aceptara el pago completo de los que MEDICARE permite, no de lo que MEDICARE paga es responsabilidad de paciente el 20% del permisible de MEDICARE por el cual MEDICARE no paga. Comprendo completamente que estoy de acuerdo con ser responsable por este 20%.

## AUTORIZACIÓN DE POR VIDA

Certifico que la información dada por mi aplicación por el pago bajo el titulo XVII de la ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de mi información medica o de cualquier otro tipo para revelar a la administración de seguro social o a sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para esta o para un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho a mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos al medico o a la organización proveedora de los servicios o autorizo a dicho medico u organización a someter el reclamo a Medicare para el pago a mi persona.

---

Firma del Paciente

---

Fecha



## CONSENTIMIENTO PARA USO DE INTÉRPRETE

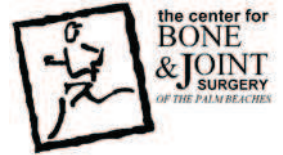
Autorizo a *The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches* a obtener un intérprete para traducción de mi información medica. Entiendo y estoy de acuerdo en que el intérprete tenga acceso a mi información médica para traducción. También entiendo que el intérprete NO tiene acceso a mis datos médicos por escrito.

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

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

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

PARA USO EXCLUSIVO DE CASOS LEGALES



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta. \_\_\_\_\_ D/A: \_\_\_\_\_

Estimado \_\_\_\_\_:

Autorizo a The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches ("CBJ") a brindar a mi abogado copias de todos mis archivos médico relacionados a tratamientos ofrecidos a mi persona por médicos, asistentes de médicos, enfermeras y cualquier personal clínico empleado por "CBJ" en relación al accidente ocurrido.

Además, autorizo y solicito a mi abogado a pagar directamente a "CBJ" las sumas adeudadas por los servicios médicos rendidos por razón de mi accidente y por razones de cualquier otra deuda incluyendo intereses o balances dejados de pagar en mi cuenta adeudados a "CBJ" y retener dichas sumas del acuerdo, juicio o veredicto.

Entiendo que soy totalmente responsable del pago por los servicios médicos rendidos a mi persona y que este acuerdo es hecho con el propósito de proteger los intereses de "CBJ" hasta que un acuerdo, juicio o veredicto sea obtenido. Del mismo modo entiendo que el pago que adeudo no es contingente con el resultado del acuerdo, juicio o veredicto. Por lo tanto, entiendo y estoy de acuerdo a pagar los servicios médicos rendidos.

En el evento en que una demanda civil sea iniciada por motivos de recaudos de dinero adeudados a "CBJ" por servicios médicos rendidos y en acuerdo con este contrato, usted esta en acuerdo a pagar todos los gastos incurridos en agencias de cobro, gastos de honorarios y gastos incurridos por "CBJ".

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El que subscribe siendo el abogado del paciente esta de acuerdo en observar los términos antes mencionados.

Firma del abogado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor entrega copia a "CBJ". Retenga una copia para sus archivos.

Entiendo que una copia de este documento será tan valido como su original.

*Cualquier alteración a este documento lo anulará.*



## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches esta autorizado por mi para el uso y divulgación de mi información medica protegida para propósitos de tratamientos, pagos y operaciones en el cuidado de salud. He leído esta autorización y entiendo que información será utilizada y por este medio autorizo a que se comparta mi información médica protegida. Además entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización. Para mas información sobre como anular esta autorización, favor de leer **“COMO ANULAR SU AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA”**.

### Información a ser utilizada o divulgada (Por favor marque todas las que apliquen)

**Archivo Medico Completo del Paciente:**

NOTE: Esto requiere explicación de porque se requiere el archivo medico completo.

**Información Demográfica del Paciente:**

Nombre                       Dirección                       Teléfono                       Fecha de Nacimiento

**Datos Médicos:**

Citas Medicas (Fecha)                       Medicamentos                       Laboratorios

**Abogado autorizado a obtener información medica protegida:**

Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección de Abogado: \_\_\_\_\_

Teléfono de Abogado: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax de Abogado: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Personas autorizadas a quienes se les compartirá la información medica protegida:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor marque el encasillado solamente si aplica. Esta autorización permite que “CBJ” envíe su información protegida de salud solo a esta dirección y/o numero de facsimile.**

\_\_\_\_\_  
**The Center for Bone and Joint Surgery of the Palm Beaches solo enviara su información médica según su autorización mencionada en esta hoja. Cualquier información adicional no mencionada requerirá una autorización por separado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha