

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

THEODORE A. EVANS, M.D.

RICHARD F. PELL IV, M.D.

MICHAEL R. GOMBOSH, M.D.

Diplomates, American Board of Orthopaedic Surgery

JOHN F. TORREGROSA, D.P.M.

Fellow American College of Foot & Ankle Surgeons

Redwood Medical Pavilion

9165 S.W. 87th Avenue

Miami, Florida 33176-2302

Phone: 305.233.0011, Fax: 305.233.0033

Website: www.sfiortho.com

Portofino Professional Center

925 N.E. 30th Terrace, Suite 102

Homestead, Florida 33033-7914

Phone: 305.247.1701, Fax: 305.247.1799

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

A sido ud. tratado por estos doctores? Si No Sí es así, qué medico? _____

Telefono _____ Telefono de la casa _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero social # _____

Masculino Femenino Estado civil: Casado Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Origin etnico Hispano o latino No hispano o latino

Idioma preferido Ingles Espanol Otros especifique _____

Raza Negro o afroamericano White Asian Indio Americano o native de Alaska Otra raza

Doctor primario Dr. _____ Direccion _____

Nombre y direccion del empleador _____

Telefono del trabajo# _____ Ocupacion del paciente _____

Nombre del conyugoe o padres _____

Direccion del conyugoe o padres _____

Numero del seguro social# del conyugoe o padres _____

Nombre del empleador del conyugoe o padres _____

Telefono del trabajo del conyugoe o padres _____

Persona responsable para pagar la cuenta _____

Nombre de su seguro primario _____

Direccion de su seguro primario _____

Numero de grupo # _____ Numero de poliza # _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____ SS # _____

Nombre de su seguro secundario _____

Direccion de su seguro secundario _____

Numero de grupo # _____ Numero de poliza # _____ Nombre del asegurado _____

Fecha de naimiento _____ SS # _____

Nombre de su farmacia _____ Direccion _____ Telefono _____

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

FORMULARIO DE RECOLECCION DE HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

HISTORIA DEL PACIENTE:

Que tiempo hace que esto le esta molestando? _____

Si es la extremidad superior, su mano dominante es Derecha Izquierda

Dolor al reposo o dolor que te despierta en la noche? _____

Severidad (Leve/Moderado/Fuerte) _____

Que alivia sus síntomas? _____

Que hace que sus síntomas empeoren? _____

Describe algun tratamiento anterior? (Cirugia/Terapia/Inyecciones/Medicamentos)

HISTORIA PASADA, CIRUGIAS PREVIAS Y HOSPITALIZACIONES:

HISTORIA SOCIAL:

Education (en anos) _____ Descripción del trabajo _____

Situación en que vive _____ Uso de alcohol (cantidad & tipo) _____

Uso de droga (cantidad & tipo) _____ Fumar (# cajas al dia) _____

ALERGIAS:

REVICION POR SISTEMAS - Tiene o ha presentado alguno de los siguientes problemas (circule todos los que apliquen):

- | NO | SI |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Artritis In inflamación de las articulaciones Fibromialgia Fracturas Atrofia Muscular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Erupciones de la piel Tumoraciones Problemas de cicatrización Picazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Convulsiones Debilidad/infarto cerebral o isquemia cerebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depresion Desorden del sueño Alucinaciones Trastorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes Hipo-Hipertoidismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sangrado fácil, o hematomas Anemia Glándulas inflamadas o adenopatías (ganglios inflamados) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dermatitis Aalergia al látex Alergia a medicamentos O alergias medioambientales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asma Tos Silbido de los pulmones Obstrucción pulmonar Expectoración con sangre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nauseas Vomitos Dolor de estomago Heces con sangre Diarrea Estrenimiento Perdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar Dolor o ardor al orinar Sangre en orina Incontinencia Problemas menstruales
Problemas prostáticos Disfunción erétil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fiebre Sudoraciones nocturnas Escalofríos Pérdida de peso Cansancio Malestar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas visuales Espejuelos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Problemas de audición Problemas con los senos paranasales Vértigo/mareo Ronquera |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Inflamación de los tobillos Presión elevada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho Falta de aire Latido del corazón anormal |

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Solicito y autorizo a South Florida International Orthopaedics, P.A. a proporcionar una copia de la información médica y de salud específica como se describe a continuación.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

La solicitud se aplica a la siguiente información que se proporcionará una vez, lo antes posible. Seleccione solo **UNO** de los siguientes:

Toda la información de salud relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido. [OPCIONAL]

Excepto _____

Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluidas las fechas)

La información designada debe enviarse a:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida.

Firma del paciente _____ Firma del testigo _____
(O CIRCULE UNO Representante / Cónyuge / Parte financieramente responsable)

Un cónyuge o una parte financieramente responsable solo puede autorizar la divulgación de información médica para su uso en el procesamiento de una solicitud para el paciente, como cónyuge o dependiente, para un plan o póliza de seguro médico, un plan hospitalario sin fines de lucro, un plan de servicios de atención médica o un plan de beneficios para empleado.

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

Asignación de beneficios / derechos de póliza

El paciente abajo firmante asigna los derechos y beneficios de la Protección contra lesiones personales (PIP), los pagos médicos y / u otro seguro aplicable a South Florida International Orthopaedics, PA, por los servicios y / o suministros prestados por él para diagnóstico y / o tratamiento de lesiones personales sufridas en el incidente de (fecha de ocurrencia) _____ al paciente abajo firmante, qué servicios están cubiertos por la Protección contra lesiones personales (PIP) u otra cobertura de seguro que beneficia al paciente abajo firmante, de acuerdo con el Estatuto de Florida 627.736 (5) El paciente abajo firmante acepta pagar cualquier deducible o copago aplicable que no esté cubierto por el PIP u otra cobertura de seguro.

Esta asignación incluye, pero no se limita a, todos los derechos para cobrar beneficios directamente de la Compañía de seguros obligada a proporcionar beneficios, en cualquier acción, incluida una demanda legal, si por alguna razón la Compañía de seguros no realiza el pago de los beneficios a los que tiene derecho el que suscribe . Específicamente, esta asignación incluye el derecho a cobrar el pago de los costos razonables relacionados con fotocopias y registros de correo al asegurador a solicitud del asegurado, de acuerdo con F.S. «627.736 (5). Esta asignación también incluye el derecho a recuperar los honorarios y costos de abogados por cualquier acción interpuesta por el proveedor como cesionario del paciente. Acepto que South Florida International Orthopaedics, PA, puede seleccionar a cualquier abogado que desee para hacer cumplir los derechos asignados en este documento, y entiendo y acepto que el abogado seleccionado por South Florida International Orthopaedics, PA, puede ser diferente del abogado que maneja mi lesión personal / reclamo de lesiones corporales o caso.

Como parte de esta asignación de derechos y beneficios, por la presente instruyo a la compañía de seguros, en caso de que los beneficios médicos en cuestión se disputen por cualquier motivo, incluida la razonabilidad y / o necesidad médica, que la cantidad de beneficios reclamada por South Florida International Orthopaedics, PA, debe dejarse de lado y no desembolsarse hasta que se resuelva la disputa. Como parte de esta asignación de derechos y beneficios, le pido a la compañía de seguros que notifique al proveedor de inmediato sobre cualquier disputa en cuanto a los pagos para que pueda ejercer sus derechos legales. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. He leído la información aquí contenida y es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Si es necesario que South Florida International Orthopaedics, P.A., use una agencia de cobranza y / o un abogado para cobrar su factura, también seré responsable de todos sus honorarios y costos incurridos en el cobro de mi factura. Seré responsable de cualquier otro costo involucrado en el cobro de mi factura, incluidos los costos judiciales. Seré responsable de un cargo por atraso del 1.5% mensual en cualquier parte no pagada de mi factura que comience 60 días después de la fecha del servicio.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo a South Florida International Orthopedics, PA, a divulgar una parte o la totalidad de mis registros médicos y / o radiografías, incluidos los registros de diagnóstico, examen y cualquier tratamiento que se me brinde a las aseguradoras según sea necesario para el procesamiento de reclamos médicos por atención y a otros médicos tratantes y personal hospitalario según lo considere necesario mi médico.

=====

_____NO soy un paciente de Medicare.

_____Soy un paciente de Medicare (exención de responsabilidad de HMO): por la presente declaro que no soy miembro de ninguna HMO o PPO. Si se deniegan los beneficios de Medicare porque soy miembro de una HMO o PPO, acepto que seré personalmente responsable de mi factura a South Florida International Orthopaedics, P.A. Si es necesario que South Florida International Orthopaedics P.A., use una agencia de cobranza y / o un abogado para cobrar su factura, también seré responsable de todos sus honorarios y costos incurridos en el cobro de mi factura. Seré responsable de cualquier otro costo involucrado en el cobro de mi factura, incluidos los costos judiciales. Seré responsable de un cargo por atraso del 1.5% mensual en cualquier parte no pagada de mi factura que comience 60 días después de la fecha del servicio.

FIRMA DEL PACIENTE _____ Fecha _____

Testigo _____

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

(Asignación de beneficios / derechos de póliza page two)

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Fecha: _____

ELIJA EL QUE LE APLIQUE:

_____Stoy embarazada.

_____Embarazo: no estoy embarazada en este momento. Si el Dr. Evans, Pell, Gombosh y / o Torregrosa me dan algún medicamento y quedo embarazada mientras lo tomo, notificaré inmediatamente a mi obstetra que estoy tomando este medicamento.

_____Las preguntas previas no me aplican.

PROVEEDOR

El abajo firmante, en nombre de South Florida International Orthopaedics, P.A. por la presente acepta la asignación de los derechos y beneficios del seguro por los servicios a patient listed above que se pagarán directamente a South Florida International Orthopaedics, P.A. Esto incluye la Protección contra lesiones personales (PIP) u otra cobertura de seguro con as listed above, de acuerdo con F.S.627.736 (5).

South Florida International Orthopedics, P.A.

E.I.N. # 27-3378728

Por _____
Agente autorizado / Representante

Fecha

Por _____
Paciente's Signature

Fecha

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

Reconocimiento del Recibo de la “Noticia de Acto Privado”

*****Usted puede negarse de firmar este reconocimiento*****

Yo he aceptado una copia de la “Noticia de Acto Privado” en la oficina.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Uso de Oficina Solo

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

- _____ Individual refused to sign.
- _____ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgment.
- _____ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment.
- _____ Other _____

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

Relacionado con Arreglos Financieros y Seguros Médicos

Estamos comprometidos a brindarle a usted la mejor atención posible. De tener seguro médico, estaremos dispuestos a ayudarlo a recibir todos sus beneficios permitidos. En orden de lograr este objetivo, necesitamos obtener su asistencia y comprensión hacia nuestra política de pago. Le pedimos que nos proporcione la información necesaria para verificar los beneficios con su seguro. Una vez que esto haya ocurrido, la secretaria encargada de los seguros le explicará sus responsabilidades en el momento en que los servicios sean prestados. Aceptamos MasterCard, Visa, American Express, Care Credit y cheques personales.

Sin embargo, usted debe conocer:

1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos parte de ese contrato.
2. Nuestros honorarios son considerados aceptables por la mayoría de las compañías de seguros. Y serán cubiertos hasta lo máximo permitido por cada proveedor. Esto se aplica solamente a las compañías que pagan un porcentaje (como 50% u 80%) de lo habitual. Esta declaración no se aplica a las compañías que reembolsan basadas en honorarios programados arbitrariamente, los cuales no tienen relación alguna con los estándares actuales y costo de atención en esta área.
3. **DEDUCIBLES Y COPAGOS DEBEN SER PAGADOS EN EL MOMENTO EN QUE LOS SERVICIOS SEAN PRESTADOS.**
4. No todos los servicios son cubiertos por todos los contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente escogen determinados servicios que no son cubiertos. Usted será responsable por estos cargos.

Debemos enfatizar que, como proveedores de atención de salud, nuestra relación es con usted y no con la compañía de seguros. Por tanto, las reclamaciones a la compañía de seguros constituyen una cortesía que le extendemos a nuestros pacientes. Todos los cargos serán responsabilidad suya desde el día en que los servicios sean prestados. Nosotros entendemos que problemas financieros pueden afectar temporalmente los pagos de su cuenta. Si esto sucede le pedimos que se comuniquen con nosotros rápidamente para ayudarlo al manejo de la misma. De tener alguna pregunta referente a lo antes mencionado o de no estar seguro de su cobertura, favor no dude en preguntar. Estamos acá para ayudar.