

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 _____

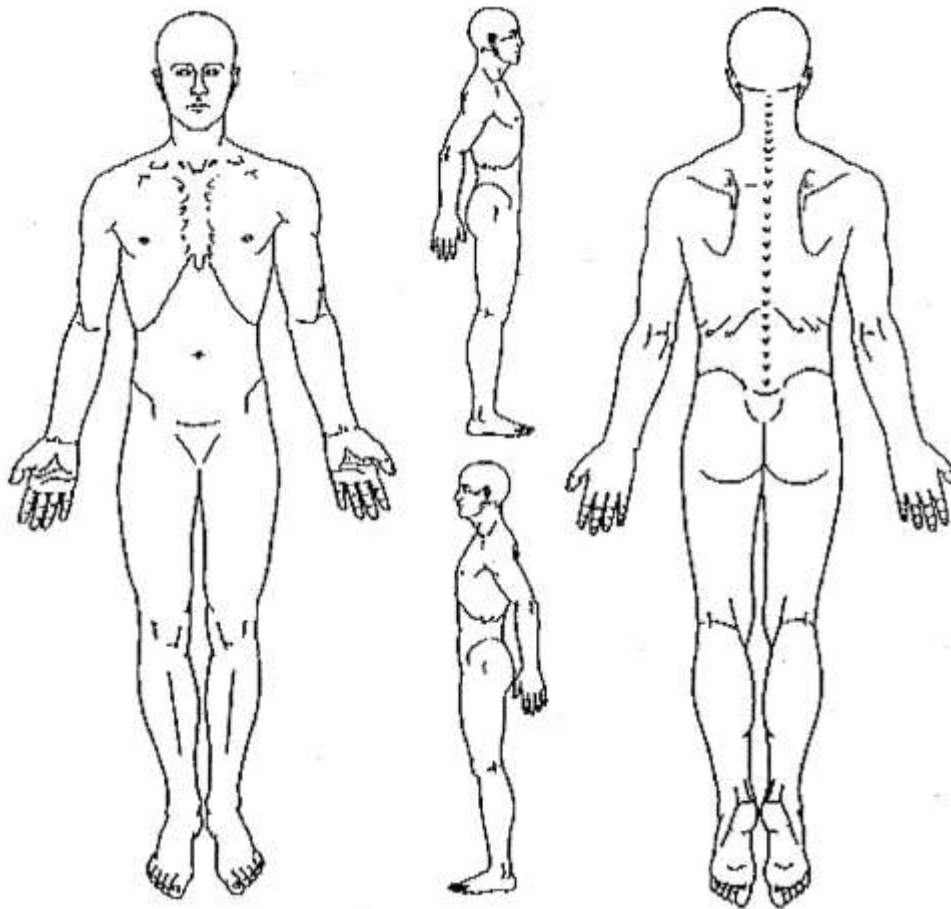
SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

DIAGRAMA DE QUEJAS

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Desde cuando ha tenido este dolor ____ **Semanas** ____ **Meses** ____ **Saños**

En el diagrama de abajo, por favor indique donde usted está experimentando dolor u otros síntomas.



A = DOLOR

B = QUEMANTE

N = ENTUMECIDO

P = HORMIGUEOS

S = PUNZANTE

E = ELÈCTRICO

SOUTH FLORIDA INTERNATIONAL ORTHOPAEDICS, P.A.

FORMULARIO DE RECOLECCION DE HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

HISTORIA DEL PACIENTE:

Motivo de visit _____ Edad 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 Y OTROS PROBLEMAS:

CIRUGIAS PREVIAS Y HOSPITALIZACIONES:

HISTORIA FAMILIAR: MARQUE SI UN FAMILIAR HAS TENIDO ALGO DE LO SIGUIENTE

- Artritis Hipertension Enfermedad del croazon Diabetes Problemas endocrinos, glandulares
 Enfermedad Musculares

MIEMBRO	VIVO	FALLECIDO	EDAD	ESTADO DE SALUD O CAUSA DE MUERTE
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermana/Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

HISTORIA SOCIAL:

Education (en años) _____ Descripción del trabajo _____

Estados Civil Soltero Casado Numero de hijos _____ Hijos(s) Edades _____

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

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

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS INCLUIR VITAMINAS Y SUPLEMENTOS:

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 Iicazón |
| <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"/> Nausea Vomiting Stomach Pain Bloody Stools Diarrhea Constipation Loss of Appetite |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dificultad al orinar Dolor o ardor al orinar Sangre en orina Incontinencia Problemas menstruales
Problemas prostáticos Disfunción eréctil |
| <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 |

Para todas las preguntas que responda **SI, EXPLIQUE:** _____

****SI LA RAZON DE SU VISITA HOY ES POR DOLOR OR LESIONES PROVOCADAS POR UN ACCIDENTE DE AUTOMOVIL, TRABAJO, O OTRA, RESPONDA LA PREGUNTA SIGUIENTE. SI NO, PASE A LA PAGINA 7 Y FIRME SU NOMBRE:**

1. Naturaleza de lesión/enfermedad/accidente:

Automóvil _____

Trabajo _____
Otro _____

2. Nombres y direcciones del/los Abogado(s) involucrados en el caso, si aplica:

3. Fecha del accidente _____

4. Lugar del accidente _____

5. Hora del accidente _____

Por favor describa las circunstancias _____

****Si es un accidente de auto, responda las siguientes preguntas; si no lo es, pase a la pregunta #20**

6. ¿En qué clase de carro estaba usted? _____

7. ¿En dónde estaba sentado/a?

_____ Conductor _____ Pasajero delantero _____ Detrás del conductor _____ Detrás del pasajero

8. ¿Estaba usted viajando...?:

_____ Norte _____ Sur _____ Este _____ Oeste

9. ¿Se estaba usted moviendo, o estaba detenido? _____ Moviendo _____ O estaba detenido

10. ¿Cuál era la velocidad aproximada a la que viajaba su vehículo? _____ mph

11. En que parte del vehículo estabas cuando fue golpeado?

_____ In the front head on _____ In the front left side _____ In the front right side _____ In the rear
_____ In the rear left side _____ In the rear right side OR
_____ Other (list) _____

12. Al momento del impacto yo estaba mirando:

_____ Hacia adelante _____ Hacia la izquierda _____ Hacia la derecha

13. ¿Usted tenía puesto el cinturón de seguridad? _____ Si _____ No

14. ¿Su vehículo tenía bolsas de aire? _____ Si _____ No

¿Las bolsas de aire se desplegaron? _____ Si _____ No

15. Fui lanzado/a después del impacto hacia:

_____ Adelante _____ Hacia atrás _____ De lado a lado

16. Yo golpeé:

Tablero Cabecera Parabrisas Espejo retrovisor Puerta
 Cinturón de seguridad Ventana lateral Volante Otro _____

17. ¿Qué parte del cuerpo usted se golpeó?

Cabeza Pecho Cara Rodillas Brazos Hombro
 Otro _____

18. Yo tuve:

Cortadas Moretones Los dos
en mi: _____

19. Yo estaba no estaba inconsciente en la escena del accidente.

20. Tuve:

Sordera momentaria Pérdida de balance Nausea Zumbido en los oídos
 Visión borrosa Dolor inmediato Mareo

21. Fui retirado de la escena del accidente mediante:

Ambulancia Amigo/a Padres otro _____
 Al hospital A la casa Otro _____

22. ¿Cuándo fue que usted buscó atención médica debido este accidente por primera vez? _____

¿A quién vió? _____

23. En (nombre del hospital) _____

Fui examinado/a por _____

24. ¿Fue admitido/a? Si No

25. Fui examinado/a y administrado:

Rayos x Medicamentos Collar de cuello Aparato ortopédico puntos de sutura
 Otro _____

26. ¿Después de que fue dado de alta, usted que hizo?

Volver a casa y a la cama Volver al trabajo
 Otro _____

27. Trabajo:

¿Ha perdido usted tiempo de trabajo desde el accidente?: Si No

1. Todavía está sin trabajar? Si No

2. Fecha en la que regresó a trabajar _____

28. Proporcione todos los nombres de los médicos que le han tratado a usted por las lesiones de su accidente:

A. Nombre _____ Fecha _____

¿Qué hizo él/ella? _____

¿Qué dijo él/ella que estaba mal con usted? _____

B. Nombre _____ Fecha _____

¿Qué hizo él/ella? _____

¿Qué dijo él/ella que estaba mal con usted? _____

29. Marque los síntomas que usted a notado/desde su accidente:

A _____ Espalda media (dolor; rigidez)

B _____ Espalda baja (dolor; rigidez)

C _____ Hinchazón?

¿Donde? _____

D _____ Restricción del movimiento del cuello

E _____ Dolor y rigidez en la espalda alta

F _____ Sensación de pinchazos en

_____ brazos _____ piernas

G _____ Adormecimiento en

_____ dedos _____ brazos _____ piernas

H _____ Dolor de cabeza

I _____ Dolor en el cuello

K _____ Dificultad excesiva para

_____ pararse _____ caminar

_____ montar _____ doblarse

L _____ Dolor en el cuello, rigidez levantándolo

M _____ Dolor en la espalda baja, rigidez levantándose

N _____ Dolor que se irradia hacia

_____ brazos _____ piernas

O _____ Dificultad levantando

_____ Lliviano _____ moderado

_____ Pesado

_____ Después de levantar varias veces

P _____ Dolor que se irradia hacia:

_____ Neck/ cuello

_____ Base del cráneo

_____ Brazos

_____ Caderas

_____ Piernas

30. Tengo dolor en las siguientes áreas (nombrado la más severa primero, escriba todas sus quejas/síntomas):

A. _____

B. _____

C. _____

D. _____

E. _____

31. Mis síntomas se agravan debido a:

_____ Caminar _____ Permanecer parado _____ Levantar peso _____ Voltearse _____ Trabajar

_____ Permanecer sentado _____ Practicar deportes _____ Permanecer acostado _____ Ejercicio

_____ Otro _____

32. Mis síntomas mejoran debido a:

_____ Descanso _____ Medicamentos _____ Reposo en cama _____ Paquetes de hielo

_____ Baños de agua caliente _____ Aspirina

_____ Otro _____

33. Medicamentos que toma actualmente relacionado con tus lesiones:

A. _____ D. _____
B. _____ E. _____
C. _____ F. _____

34. Ha tenido lesiones anteriores o ha recibido tratamiento en las áreas que actualmente están lesionadas?

Fecha _____ Nombre del doctor _____
Dirección del doctor _____

35. Yo _____ he podido o _____ no he podido trabajar desde el accidente.

Desde _____ Hasta _____ Otro _____

36. ¿Qué actividades han cambiado desde el día del accidente?

A. Trabajo: _____ Sin cambio _____ No puede trabajar _____ Tiene dolor al trabajar
B. Ejercicios: _____ Todavía puede _____ No puede _____ Duele hacer ejercicios
C. Trabajos en la casa: _____ Todavía puede _____ Limitado
_____ Duele al hacer las tareas del hogar _____ No puede
D. Deportes: _____ Todavía puede _____ Limitado
_____ Tiene dolor al hacer deportes _____ No puede
E. Lifting _____ Llevar peso _____ Sin limitaciones _____ Limitado _____ No puede
F. Otro: _____

37. Yo _____ he estado o _____ no he estado involucrado en otros accidentes automovilísticos.

En caso de ser positivo, proporciones la(s) fecha(s): _____

38. Yo _____ he estado _____ o no he estado involucrado en ningún tipo de accidente.

En caso de ser positivo proporcione la(s) fecha(s) y describa _____

39. ¿Tiene algún tipo de discapacidad o ha sido clasificado con un porcentaje de impedimento?

_____ Si _____ No. En caso de ser positivo, por favor explique _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

FOR OFFICE USE ONLY:
Lien and Cover letter sent out _____
Lien returned _____
Report fee paid _____

REV 8 /26/2019

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: _____

CHECK OFF ONE OF THE FOLLOWING:

_____ I am pregnant.

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

_____ The above questions do not apply to me.

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.

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 comunique 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.

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 _____