



A LOCATION OF STONY BROOK ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

REVISIÓN DE SISTEMAS:

Marque cualquier síntoma que esté experimentando actualmente. Si desea ampliar, hágalo en los comentarios.

MUSCULOESQUELÉTICO:

SÍ NO

COMENTARIOS:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Dolor: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Hinchazón: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Fracturas o esguinces: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Artritis: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5. Gota: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

PIEL:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Erupciones: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. Picazón: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3. Cambio de cabello: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4. Cambio de uñas: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

HISTORIA QUIRÚRGICA:

 Enumere las cirugías importantes anteriores a las que se sometió:

HISTORIA SOCIAL:

<p> ¿Bebes alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, consumo aproximadamente ____ bebida a la semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Socialmente</p>	<p> Utiliza alguno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Cigarrillos. Fumo ____ por día.</p> <p><input type="checkbox"/> Vape</p> <p><input type="checkbox"/> Productos de marihuana/THC</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p> ¿Bebes cafeína?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, consumo aproximadamente ____ bebidas a la semana.</p>	<p> ¿Cada cuanto te ejercitas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Semanal</p> <p><input type="checkbox"/> Diario</p>

ALERGIAS E HISTORIAL MEDICO:

<p> ¿Tiene alguna alergia conocida (comida, medicamentos, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo alergias conocidas.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy alérgico a lo siguiente:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p> Enumere sus afecciones médicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

MEDICAMENTOS:

<p> Enumere los medicamentos que está tomando actualmente:</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy tomando ningún medicamento.</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente estoy tomando lo siguiente:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

DETALLES FISICOS:

<p> Dominio de la mano: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambidextra</p>
<p> Altura: _____ Pie _____ pulgadas Peso: _____ libras</p>

QUEJAS ACTUALES:

 ¿Por qué visita hoy East End Hand Center?

 ¿Cómo surgieron sus quejas actuales?

SINTOMATOLOGIA:

<p>¿Cuánto tiempo han persistido sus síntomas?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>¿Qué agrava tus síntomas?</p> <p><input type="checkbox"/> Agarre</p> <p><input type="checkbox"/> Escritura</p> <p><input type="checkbox"/> Doblar los dedos</p> <p><input type="checkbox"/> Toda la actividad</p>	<p>¿Qué alivia tus síntomas?</p> <p><input type="checkbox"/> Calor</p> <p><input type="checkbox"/> Compresa fría</p> <p><input type="checkbox"/> Descansar</p> <p><input type="checkbox"/> Medicament</p>	<p>¿Cómo empezaron sus síntomas?</p> <p><input type="checkbox"/> Repentinamente</p> <p><input type="checkbox"/> Gradualment</p>
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SINTOMATOLOGÍA CONTINÚA:

<p> Marque cualquier síntoma que esté experimentando actualmente:</p> <p><input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Debilidad</p> <p><input type="checkbox"/> Atrapando <input type="checkbox"/> Haciendo clic</p> <p><input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Dolor</p>	<p> Describa sus síntomas actuales:</p> <p><input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Intermitente</p> <p><input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Aburrida</p> <p><input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Palpitante</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Encierre en un círculo la intensidad de su dolor:

No Pain	Mild	Moderate	Severe	Very Severe	Worst Pain Possible
					
0	1-3	4-6		7-9	10

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:



Marque todas las pruebas que le hayan hecho para esta lesión y proporcione la ubicación y la fecha aproximada de la prueba.

- Radiografía Location: _____ Date: _____
- MRI Location: _____ Date: _____
- CT Escanear Location: _____ Date: _____
- EMG/NCS Location: _____ Date: _____
- Análisis de sangre Location: _____ Date: _____

DETALLES ADICIONALES:



Si desea ampliar su condición o historial médico, hágalo a continuación:

Impresión

Firmar

Fecha

REGISTRO DE PACIENTES
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido, Primero, MI)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:
Dirección postal (si es diferente de la anterior):			
Teléfono del hogar:		Trabajo:	Móvil:
Correo electrónico:	SSN:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
Estado civil:	Soltero Casado	Divorciado Separados	Viuda Desconocido
Carrera:	Blanco Hispana	Negro/Afroamericano	Otros isleños del Pacífico
	Otro Asiático	Nativo hawaiano	Indio Americano
Origen étnico:	Hispano/Latino	No hispano/latino	Otro Lengua:
Contacto preferido:	Casa Trabajo	Móvil	Mensaje de dejar: Sí No
Permitir recordatorio de cita: En caso afirmativo, elija un método: Llamada De texto No			
Médico de Atención Primaria:		Médico de referencia:	
Nombre/Dirección/Teléfono de la Farmacia:			

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador:	Número de teléfono:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado/Provincia:	Zip:	País:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación con el paciente:
Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA

El paciente es el Asegurado:	Sí	No	(si no se completan los campos Asegurados a continuación)	
Nombre asegurado:		Relación con el paciente:		
Dirección del asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
Teléfono de casa asegurado:		Trabajo:		Móvil:
Fecha de nacimiento del asegurado:	Sexo Asegurado: M F		SSN asegurado:	
Nombre del empleador asegurado:			Número de teléfono del empleador asegurado:	
Dirección del empleador asegurado:				
Ciudad:		Estado:	Zip:	País:
Seguro Primario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
Seguro Secundario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	
Seguro Terciario				
Número de póliza:		Nombre del grupo de la compañía de seguros:		
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:		Copago de política:	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Propósito de este aviso: Para describir cómo se utiliza su información médica, a quién se divulga y cómo obtiene acceso a ella.

Stony Brook Community Medical como proveedor de atención médica está autorizado por ley a recopilar, usar y divulgar su "información médica protegida"

o registro médico con fines de tratamiento, pago, operaciones comerciales internas o según lo exija la ley para fines de marketing.

Usted tiene ciertos derechos, incluyendo el acceso a su información y cierto control sobre quién tiene acceso a su información.

Stony Brook Community Medical, PC acepta cumplir con los términos de este aviso, pero se reserva el derecho de cambiar los términos en cualquier momento. En caso de que lo hagamos, se lo notificaremos por escrito.

Uso y divulgación de información médica protegida (PHI): Cuando usted firma un formulario de consentimiento para ser tratado, su información médica protegida se utiliza para tratarlo, para facturarle a usted o a su compañía de seguros por su atención y para tomar decisiones sobre cómo proporcionar servicios de atención médica para usted, su familia y la comunidad que cuidamos. Usted médico, personal de oficina y otros fuera de Stony Brook Community Medical es decir, su aseguradora se les permite el acceso a esta información.

Algunos ejemplos de usos y divulgaciones de su información médica protegida son para:

- Tratamiento por su médico
- Aplicación de la ley
- Compensación de los trabajadores
- Recordatorios de citas
- Pago por su tratamiento por usted o su seguro
- Reportar eventos adversos de medicamentos o dispositivos médicos a la FDA
- Notificación de riesgos para la salud
- Respuesta a procedimientos judiciales
- Donación de órganos o tejidos
- Forenses, directores funerarios
- Stony Brook Community Medical para determinar si satisfacemos las necesidades de nuestros pacientes

Cualquier otro uso y divulgación no especificado requiere una autorización, incluso con fines de marketing y divulgaciones que constituyan la venta de PHI.

Derechos del Paciente:

- A. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una **copia** de su información médica protegida mientras el grupo mantenga su registro.
*La ley de NYS nos permite cobrarle una tarifa de 75 centavos por página
- B. Usted tiene derecho a restringir o limitar el uso de su información médica protegida que utilizamos para **el** tratamiento, **el** pago u operaciones.
*Stony Brook Community Medical se reserva el derecho de denegar el tratamiento en caso de que restrinja el uso de su información médica protegida para el tratamiento, el pago u operaciones, a menos que la restricción solicitada se relacione con las divulgaciones a un plan de salud y la Información de salud protegida se relacione con un servicio de atención médica o artículo que haya pagado en su totalidad y fuera de su bolsillo.
- C. Puede restringir la divulgación **de** su información de salud a familiares o amigos **a menos** que tengan su **de** permisión escrita o verbal.
- D. Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de las divulgaciones hechas de su información médica.
*Su solicitud debe presentarse por escrito, especificando fechas y periodos de tiempo desde hace seis años a partir de hoy, siempre y cuando los eventos en cuestión ocurrieron después del 12 de abril de 2003.
- E. Usted tiene derecho a modificar su información médica protegida.
*Para modificar su información de salud, su solicitud debe ser dada por escrito junto con una razón para hacerlo. Su solicitud puede ser denegada si la información originó outside Stony Brook Community Medical, PC.
- F. **Usted** tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales **siempre y cuando** se haga por escrito

*Por ejemplo, puede especificar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo, en casa o por correo, etc.

- G. Usted tiene derecho a recibir notificaciones cada vez que se produzca una violación de su PHI no segura.

Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja, que será enviada a nuestro Oficial de Cumplimiento.

Acuse de Recibo de
Stony Brook Community Medical's Prácticas de Privacidad

Yo, el abajo firmante, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Stony Brook Community Medical. Si tengo alguna pregunta sobre la política, la discutiré con mi médico o el oficial de cumplimiento del grupo.

Imprimir nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización para la divulgación de información médica del paciente a una segunda parte

*Autorizo la divulgación de mi Información de salud del paciente a mi
(Escriba el (los) nombre (s) de todos los que correspondan)*

Esposo/a, _____ Ph: _____
Miembro de la familia, _____ Ph: _____
Amigo, _____ Ph: _____
Servicios de salud para escuelas / universidades, _____ Ph: _____
Otro, _____ Ph: _____

Al firmar a continuación, reconozco que esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Escriba en letra de imprenta el padre/madre/ tutor: _____

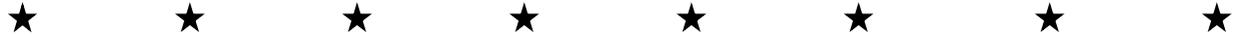
Sólo para uso oficial

Group #: _____ Patient Name: _____ MR#: _____ Date: _____

Stony Brook Orthopaedic Associates
P.O. Box 417978
Boston, MA 02241-7978

GARANTÍA DE PAGO

Muchas compañías de seguro, incluso las organizaciones de cuidado gestionado, requieren de previa autorización escrita para el tratamiento y las citas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguro antes de recibir los servicios médicos. Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o le han rechazado la autorización, usted es totalmente responsable de todos los cargos si su seguro no está de acuerdo en pagarlos. Además, será responsable de todos los deducibles, coseguros, copagos, cualquier pago que no esté cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que la compañía de seguro determine que no es "médicamente necesario".



He leído y entiendo esta información. Entiendo que mi compañía de seguro podría negar cobertura y solicito que de todas formas Stony Brook Orthopaedic Associates preste este servicio médico. Estoy de acuerdo en ser total y personalmente responsable por todos los cargos. Entiendo que el proveedor mencionado anteriormente depende de esta promesa y está prestando servicios sin requerir pago en el momento del servicio basado en dicha confianza.

Firma del Paciente o representante
/ fiador legalmente autorizado

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Testigo

Nombre en letra de imprenta

Fecha