



MEDICAL INFORMATION

DATE/Fecha: _____

PATIENT NAME/Nombre: _____

DATE OF BIRTH/Fecha del nacimiento: _____

Height/Altura: _____ ft _____ in

Weight/Peso: _____ lbs

Reason for Today's Visit/Razone para la visita: _____

Is this a result of an /Es este el resultado de un: **INJURY**/Herida o **ACCIDENT**/Accidente o N/A

Date of injury/accident/ La fecha de herida/accidente: _____

How were you injured?/Como eran usted hirio? _____

Where did the injury/accident occur?/Donde hizo el herida/accidente ocurre?

What were the circumstances surrounding the injury/accident:/Que era las circunstancias que rodean la herida/accidente:

If not an injury, but illness, how long has this problem been present?/Si no una herida, pero una enfermedad, cuan largo ha tenido usted este problema?/ _____

Were you treated by another physician for this problem?/Fue tratado usted por otro medico para este problema?

YES/SI

NO/NO

If YES, please list physician's information/Si SI, Lista, por favor, informacion de medico:

NAME/Nombre: _____

ADDRESS/Direccion: _____

PHONE/Telefono: _____

Did you make an Emergency Room visit for this problem?

Hizo usted una visita del Espacio de la Emergencia para este problema?

YES/SI

NO/NO

If YES, Which ER:/Si SI, cual Hospital: _____

Date of ER visit:/Fecha de la visita del Hospital: _____

Were X-rays taken?:Eran radiografias tomadas? YES/SI NO/NO

Are you seeking a second opinion?/Busca usted una segunda opinion? YES/SI NO/NO

For X-ray purposes, are you pregnant?/para propositos de radiografia, son usted encinta? YES/SI NO/NO

Signature of PATIENT/GUARDIAN/Firma: _____ DATE/Fecha: _____



MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

Patient name/Nombre: _____

Date of birth/Fecha del nacimiento: _____ Age/Edad: _____ Gender/Genero: **MALE** **FEMALE**

Who referred you for this visit, please indicate:/Quien le se refirio para esta visita, indica por favor. _____

Past Medical History

Do you have or have you ever had any of the following: PLEASE CIRCLE/ Haga le tiene o le tiene tuvo jamas cualquiera de lo siguiente: POR FAVOR CIRCULO

diabetes	hypertension/hypertension	heart condition/condicion cardiaca	cancer
sleep apnea	blood/bleeding disorder/desorden sangre/sangriento	kidney stone/piedra de rinon	asthma/asma
stroke/golpe	phlebitis or blood clot/flebitis o la sangre se coagulan	emphysema/enfisema	ulcer/ulcera
seizure/ataque	complication for anesthesia/kas complicaciones de la anesthesia		

List other medical conditions and/or illnesses not mentioned above/Liste otras condiciones y/o las enfermedades medicas no mencionaron arriba? _____

List reasons for hospitalizations and/or surgeries with date and any complications/Lista razones para hospitalizaciones y/o cirugias con fechas y cualquier complicacion: _____

List any significant injuries you have sustained/liste alguna herida significativa que usted ha sostenido: _____

List current medications (include prescription, over-the-counter meds, and health food/herbal preparations)/liste las medicinas actuales (incluye la prescripcion, la medicina sin receta, y el alimentos naturales, las preparaciones de hierbas): _____

List any allergies/liste cualquier alergia: _____

Family History

Parental history (age, overall health, conditions/illnesses)(if deceased, please provide age and cause)/la historia paternal (le edad, la salud general, las condiciona/enfermedades)(si muerto/proporciona por favor la edad y la causa):

Father/padre: _____

Mother/madre: _____

Age(s), gender, and health of sibling(s) (if deceased please provide age and cause)/la edad, el genero, y la salud de hermanos (si muerto, proporciona por favor la edad y la causa) _____

List significant family health problems/Liste los problemas significativos de la salud de la familia: _____

Social History

Martial status/posicion de casamiento _____ **Education (years/degree)**/la edicacion (los anos/grados) _____

Alcohol use (type/amount)/el uso del alcohol _____ **Tobacco use (type/amount)**/uso de tabaco _____

Employer/empleador _____ **Occupation/ocupacion** _____

Were you injured at work?/fue herido usted en la trabajo? _____ **Is there/will there be litigation?**/enel alli/hace ha el pleito? _____

Date last worked/la fecha dura trabajado? _____

Review of Systems (Circle positive symptoms and describe and/or add others, if applicable) (Ciculo los sinfomas positivos y desciba y/o agregue los otros, si applicable)

Constitutional: fever/la fiebre, weight gain/loss/cargue la ganancia/perdida, loss of appetite/la perdida de apetito _____

Eyes: double vision/la diplopia, blurring/enturbiar, difficulty seeing/la dificultad que ve _____

ENT: deafness/la sordera, sinusitis/la sinusitis, hoarseness/la ronquera, vertigo/el vertigo _____

Cardiovascular: chest pain/el dolor de pecho, palpitations/palpitaciones, irregular/rapid heart beat/latido del Corazon irregular/rapido, murmur/murmullo _____

Respiratory: shortness of breath/brevedad de aliento, wheezing/resollando, spitting blood/escupiendo sangre, chronic cough/tos cronica _____

Digestive: abdominal pain/el dolor abdominal, constipation/el estrnimiento, diarrhea/la diarrea, bleeding/sangrando _____

Urologic: painful urination/la miccion dolorosa, hesitancy/la vacilacion, bleeding/sangrar, incontinence/incontinencia _____

Gynecologic: breast masses/las masa del seno, pain/dolor, discharge/descarga , problems/problemas _____

Date of last necological checkup/fecha de ultimo visita ginecologica _____

Date of last pap smear/fecha de ulitimo pap smear _____

Skin: rashes/sarpullido, lesions that do not heal/lesion que no cura, changes in mole/los cambios en lunares _____

Neurologic: seizures/ataquees, loss of balance/coordination/perdida de equilibra/coordinacion, paralysis/la paralisis, weakness/debilidad, loss of memory/ perdida de la memoria _____

Psychiatric: depression/depresion, anxiety/ansiedad, hallucination/alucinaciones, sleep disturbances/duermen alborotos _____

Endocrine: excessive thirst/la sed excesiva, excessive urination/la miccion excesiva, heat/cold intolerance/intolerancia calor/frio _____

Blood and Lymph: anemia/anemia, bleeding tendencies/sangrando las tendencias, swollen nodes/nodes hinchados _____

Allergic and Immunologic: Hives/colenas, eczema/eczema, itching/picando _____

Musculoskeletal: stiffness/rigidez, joint pain/dolor conjunto, deformity/deformidad, muscle wasting/musculo que malgasta, spine radiating pain to arm/leg/la espina dorsal que irradia dolor a brazo/pierna _____

Other/otro: _____

Patient Signature/Firma _____

Date/Fecha _____



Premier Orthopaedic Surgery, LLC

**El Recibo de la Practica de la Intimidad de Sobredosis
de Nota el Reconocimiento Escrito Forma**

Yo, _____ se ha da do lo oportunidad de revisar una copia
Tu nombre

De **PREMIER ORTHOPAEDIC SURGERY, LLC's** de practivas de intimidad.

Firma

Fecha

**Para la Oficina Utiliza Solo:
For Office Use Only:**

We attempted to obtain written acknowledgement from the patient that they have been given the opportunity to review of Notice of Privacy Practices. Acknowledgment could not be obtained because:

- Individual Refused to Sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please Specify)



Premier Orthopaedic Surgery, LLC
Los Pacientes Política Financiera

Es la meta de Premier Orthopaedic Surgery de proporcionar el de alta calidad del cuidado medico a nuestros pacientes. Cuando una cortesía a nuestros pacientes que proporcionamos usted con esta política escrita de responsabilidad financiera.

Su cobertura es un contrato entre **usted mismo** y la compañía de seguros. Es su responsabilidad de estar segura del alcance apropiado antes de ver por uno de nuestros médicos. Esto incluye proporcionando nuestra oficina con la referencia apropiada si requerido por usted cobertura. **Cuando una política de general, nuestra oficina no archiva cualquier seguros de terceros** (el auto, los propietarios, ni otro seguro de la obligación). Sin embargo, en el caso de un accidente de automóvil que nuestra oficina archivará el seguro de automóvil si proporcionado con la documentación apropiada hacer así. En todos los otros casos nosotros somos felices de ayudarlo a obtener toda documentación necesitada para usted archivar estos usted mismo y nosotros esperan el pago de usted cuando servicios se rinden.

Cuando una cortesía, Premier Orthopaedic Surgery archivaremos sus cuentas con su seguro en una moda oportuna, pero tendremos presente que con la mayoría de los seguros planea hay una porción de los honorarios que son la responsabilidad de paciente. El pronto pago de estos honorarios se espera y es apreciado. Esto significa su consentimiento para encontrar su responsabilidad como nosotros intentamos en satisfacer sus necesidades como ellos relacionan a su salud y el bienestar ortopédicos y generales.

Mientras participamos con un anfitrión de compañías de seguros, la mayoría de los planes que nosotros no participamos con tiene Fuera de los Beneficios de la Red que permiten al paciente fuera del alcance de la red en una tasa mucho más reducida. En este acontecimiento, usted será responsable de la diferencia entre lo que su plan paga y nuestro horario del honorario.

Mientras entendemos que algunas situaciones mezcladas de la familia se complican podemos no y no llegaremos a ser enredó con varios arreglos expuso en el Divorcio decreta y cosas por el estilo. Por lo tanto, el pago para todo atiende a rendido será epected del guardián que acompaña al paciente a sus citas. Es su responsabilidad de asegurar que el partido apropiado y responsable sea presente. Otra vez, el pago se esperará del individuo que acompaña al paciente a la cita

Si por alguna razón su cobertura cambia u otro alcance se agrega, por favor nos notifica tan pronto como posible evitar el costo del exceso a usted y para causar una transición lisa del alcance. También, el fracaso para notificar nuestra facilidad de cambios de seguro en el tiempo de una visita de seguimiento tendrá como resultado el paciente/garante que recibe la cuenta para todos servicios rendidos.

Las cargas que se encuentran para ser la responsabilidad de paciente será enviada a usted en una declaración detallada. Estas declaraciones son arrojadas en una base rutinaria. Usted recibirá 3 declaraciones que notifican usted de la posición de usted da cuenta. Si ninguna acción es toma su beneficio para encontrar su responsabilidad financiera después de mandar la tercera notificación, su cuenta será entregada una agencia de la colección. También, en caso su seguro privado no ha reembolsado nuestra facilidad para servicios rendidos después que 60 (sesenta) días de la fecha que archivamos usted reclama, el paciente o su garante serán responsables del pago íntegro de servicios rendidos. Si el pago se recibe de la compañía de seguros después que usted ha pagado su cuenta, Premier Orthopaedic Surgery reintegraremos la cantidad del pago al indemnizador apropiado.

Firmando esta renuncia, usted autoriza la liberación de toda información médica pertinente a usted cuidado médico y necesario al procesamiento de sus reclamos al seguro. También, usted autoriza la tarea de todos beneficios médicos a Premier Orthopaedic Surgery, LLC.

Una fotocopia de esta forma irá ve tan válido como la original. Usted ca retira este consentimiento médico en tiempo notificando esta oficina en la escritura

HE LEIDO ESTA INFORMACION COMPLETAMENTE Y LO ENTIENDE.

Firma de Paciente/Guardián _____ Fecha _____