

**Orange Orthopedic Medical Group  
FORMA DE REGISTRACION**

Fecha:					
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>					
Apellido:		Primer Nombre:		Fecha de nacimiento: / /	
				Estado Civil:(circule uno) Solo / Casado / Div / Sep / Viudo	
Domicilio:		Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:	
				Numero de Licencia:	
Telefono: ( )		Celular: ( )		Correo Electronico: @	
Ocupacion:		Trabajo:		Trabajo Telefono:	
Farmacia:		Domicilio:		Telefono: ( )	
<b>ESPOSO/A O SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, OTRO PADRE</b>					
Apellido:		Primer Nombre:		Fecha de nacimiento: / /	
				Telefono: ( )	
Domicilio:		Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Ciudad		Estado:		Codigo Postal:	
				Relacion al paciente:	
<b>INFORMACION DE ASEGURANSA</b>					
Persona responsable del bill:		Fecha de Nacimiento: / /		Domicilio:	
				Telefono: ( )	
Aseguransa Primaria:					
Nombre de Subscriber:		Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	
Relacion al paciente:		<input type="checkbox"/> Ser		<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	
Aseguransa secundaria:					
Nombre de Subscriber:		Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	
Relacion al paciente:		<input type="checkbox"/> Ser		<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
Nombre de amigo/a o un pariente (no viviendo en casa):		Relacion al paciente:		Telefono: ( )	
Domicilio:		Ciudad		Estado	
				Codigo Postal	
<b>DOCTOR DE CABESERA</b>					
Nombre/numero					

Autorizo la liberación de información médica necesaria para procesar reclamos al seguro. Autorizo pago de beneficios médicos Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

\_\_\_\_\_  
Signature

**Orange Orthopedic Medical Group, Inc.**

**Kevin J. Triggs, M.D.**

**Eric W. Lee, M.D.**

**Ayaz A. Biviji, M.D.**

**Nikita Bezrukov, M.D.**

**Paul Beck, M.D.**

**Andres Taleisnik, M.D.**

**Ehsan Saadat, M.D.**

**Amanda Hong, PA-C**

**Eric Guevara, PA-C**

**Reilly Carr, PA-C**

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301

Santa Ana, CA 92868

(714)538-8549 Fax (714)538-1547

**FORMA BE GARANTIA DE ELEGIBILIDAD**

**PACIENTES SIN ASEGURANSA:**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente certifico que **no** tengo  
(*escriba en letra de molde clarante*) aseguransa.

Y yo estoy de acuerdo en pagar la deuda entera para todos los servicios, en el dia que ellos son rendidos. Estoy enterado que ese pago puede ser hecho por dinero efectivo, cheque o tarjeta de credito. (*fine abajo*)

**PACIENTES CON ASEGURANSA:**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente certifico que soy elegible con  
(*Print name clearly*)

la siguiente aseguransa médica, \_\_\_\_\_ bajo el subscriptor  
(nobre/esposo-a./padre), \_\_\_\_\_, pormedio del emleador,  
\_\_\_\_\_.

Si soy miembro de un plan de aseguransa HMO, Yo e escojido St. Joseph Hospital Affiliated Physicians como mi grupo médico. Por la presente tambien certifico que e escojido al Dr. \_\_\_\_\_ par ser my medico provider. Comprendo si el encima no es verdad 0 51 yo no soy eligible bajo los terminos de mi Medico y el Suscriptor Acuerdo, yo soy responsable de cualquier y todas cargas pam servicios rendidos. También, si el encima de no es verdad, yo estoy de acuerdo en pagar la deuda entera para todos servicios rendidos dentro de treinta dias de recibir una cuenta del médico notado. Yo también concuerdo en informar el proveedor de cualquier cambio en mi información personal (dirección, el número de teléfono, etc.) o mi aseguransa médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Miembro

\_\_\_\_\_  
Verificado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\* Facturando su compaflia de seguros, ci abogado o portador de la compensación de obrero son una cortesla que nuestra oficina es compiacida para extender a usted. Si por alguna razón nosotros no recibimos pago de cuaiquiera fuente exterior, ci paciente es responsable de ci equilibrio en completo.**



# Cuestionario médico de los sistemas

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

## Psicología

Depresión  Si  No  
Alto nivel de tensión  Si  No  
Cambio de humor  Si  No  
Ataques de pánico  Si  No

## Musculoesquelético

Rigidez de coyuntura  Si  No  
Dolor de coyuntura  Si  No  
Dolor de espalda  Si  No  
Fracturas anteriormente  Si  No  
Otras limitaciones físicas  Si  No

## General

Subido de peso  Si  No  
Fiebre  Si  No  
Sudores en la noche  Si  No  
Inexplicado pérdida de peso  Si  No

## Otorrinolaringología

Deterioración de oído  Si  No  
sonido en el oído  Si  No  
Temura del cuero cabelludo  Si  No

## Sistema Nervioso

Dolor de cabeza  Si  No  
Debilidad o Entumecimiento  Si  No  
Mareos o Hormigeros  Si  No

## Neurología

Derrame cerebral  Si  No  
Ataque Epilepticos  Si  No  
Dificultades de Gota  Si  No

## Sistema Digestivo

Enfermedad de la úlcera  Si  No  
Diarrea  Si  No  
Vomito/nausea  Si  No  
Estreñido  Si  No  
Hepatitis  Si  No  
Dolor de estómago  Si  No  
Reflujo /Acidez  Si  No

## Dermatología

Salpullido  Si  No  
Ronchas  Si  No  
Tumores en piel  Si  No

## Endocrinología

Diabetes  Si  No  
Enfermedad de la tiroide  Si  No  
Enfermedad hormonal  Si  No

## Respiratorio

Asma  Si  No  
Enfermedad pulmonaria  Si  No  
Respira con dificultad  Si  No

## Genitourinario

Infección de la vías urinarias  Si  No  
Sangre en la orina  Si  No  
Regla Alterada  Si  No  
Dificultad controlando la orina  Si  No  
Enfermedad de riñón  Si  No

## Corazón / Circulatorio

Hipertensión  Si  No  
Dolor de pecho  Si  No  
Palpitaciones  Si  No  
Marcapasos  Si  No  
Ataque del corazón  Si  No

## Sangre

Desorden de la sangre  Si  No  
Glándulas hinchadas  Si  No  
Anemia  Si  No  
Tumores de la sangre  Si  No

## Historia inedita familiar

Madre Vive  Si  No  
Padre Vive  Si  No  
Usted tiene hijos  No  1  2  
 3  4  Mas: \_\_\_\_\_

## Historia Socialmente

Vive Solo  Si  No  Con Esposo/a  
 Con Hijo/a  Con Otro

Trabaja?  Si  No  
 Medio Tiempo  Tiempo Completo

Has Ejercicio  Si  No  
 1-3x/wk  4-7x/wk

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

Kevin J. Triggs, M.D.

Eric W. Lee, M.D.

Ayaz A. Biviji, M.D.

Nikita Bezrukov, M.D.

Paul Beck, M.D.

Andres Taleisnik, M.D.

Ehsan Saadat, M.D.

Amanda Hong, PA-C

Eric Guevara, PA-C

Reilly Carr, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301

Santa Ana, CA 92868

(714)538-8549 Fax (714)538-1547

## Plan de Asociación al Paciente

Querido Paciente,,

Bienvenido a nuestra práctica. Pensamos proporcionarle con el cuidado y el servicio que usted espera y merece. Lograr su mejor salud posible requiere una “asociación” entre usted y su médico. Como nuestro “socio en la salud,” pedimos que ayudenos en las maneras siguientes:

### **Mantnga Revisiones y Reprograme Citas que aiga perclido**

Comprendo que mi médico querrá saber cómo mi condición progresa después de que dej la oficina. Regresar a mi médico a la hora indicada, me da la oportunidad de verificar mi condición y mi respuesta al tratamiento. Durante una revisión, mi médico quizás ordene pruebas, refieren a un especialista, prescribe medicina, o descubre y trate una condición grave de la salud. Si pierdo una cita y no la reprogramo, corro el riesgo que mi médico no podrá discernir y tratar una condición grave de la salud. Haré cada esfuerzo de repro gramar las citas perdidas tan pronto como posible.

### **Liame Ia Oficina Cuando yo no Oiga los Resultados de Laboratorios y Otras Pruebas**

Comprendo que el objetivo de mi médico es de reportear mi laboratorio, resultados de studios/o pruebas a mi tan pronto como posible. Sin embargo, si yo no oigo de la oficina de mi médico dentro de 1 semana después de conseguir mi prueba, yo llamaré la oficina para mis resultados de prueba.

### **Informe a Mi Medico si Decido que no Seguire Sn Plan Recomendado de Tratamiento**

Comprendo que después de me examen, mi médico puede acerciar recomendaciones basadas en lo que se siente son mejor para mi salud. Esto quizás incluya medicina que prescribe, refiriéndome a un especialista, ordenando laboratorios y pruebas, o pidiendo aun que regresar a la oficina dentro de un cierto espacio de tiempo. Comprendo que no siguiendo mi plan de tratamiento puede tener efectos negativos graves en mi salud. Permitiré que mi médico sepa siempre que decida no seguir sus recomendaciones para que él completamente me pueda informar de cualquier riesgo asociado con mi decisión de demorar ni negarse tratamiento.

Gracias por su asociación. Como nuestro paciente, tiene el derecho de ser informado acerca de su asistencia médica. Le invitamos, en tiempo, para hacer preguntas, reporte sintomas, o hablar de cualquier preocupacion quo usted puede toner. Si necesita más iaformacion sobre su salud o la condición, pregunta por favor..

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Firma del Doctor

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

Kevin J. Triggs, M.D.

Eric W. Lee, M.D.

Ayaz A. Biviji, M.D.

Nikita Bezrukov, M.D.

Paul Beck, M.D.

Andres Taleisnik, M.D.

Ehsan Saadat, M.D.

Amanda Hong, PA-C

Eric Guevara, PA-C

Reilly Carr, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301

Santa Ana, CA 92868

(714)538-8549 Fax (714)538-1547

## POR FAVOR LEE Y FIRME ABAJO

### **Forma de Protocolo de Prescripción de medicina y la Responsabilidad del Paciente**

Debido a la vigilancia y requisitos aumentados de la Agencia de Aplicación de Droga y Consejo de médicos de California, Orange Orthopedic Medical Group, Inc. ha adoptado algunas polizas profesionales para pacientes, el médico y el personal con respect a prescriber y renovat medicinas.

No se administraran medicamentos narcóticos a ningún paciente sin la aprobación de uno de los ortopédicos mencionados anteriormente cirujanos.

**Las peticiones para repuestos de medicina solo seran honoradas por peticiones de farmacia a traves de fax con 72 horas de aviso.**

Repuestos de medicina NO se llenaran por peticiones de pacientes.

Repuestos de medicina no estaran disponibles despues de horas de oficina, los fines de semana ni dias de festivos.

Repuestos de medicina no seran otorgados po pacientes con acceso directo din autorizacion escrito previa por uno de nuestros Ortopedistas.

Toda la medicina distribuida al paciente es la responsabilidad de los pacientes, y es de ser tornado como dirigido por el medico que lo prescribe. Ningunos repuestos seran otorgados para pacientes que perdieron su ultima cita planificada, o si no ha visto al medico los ultimos 6 meses.

Creemos que este protocolo no solo mejorara asuntos de seguridad con medicina para pacientes, pero tambien se conformara al professional mejorado y a entregar Buena calidad de cuidado medico.

## **RX HISTORY CONSENT**

Doy permiso para que Orange Orthopedic Medical Group, Inc vea mi historial de medicamentos externo

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Miembro

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre claramente

### **Regresar Liamadas al Paciente**

Debido a lost horarios ocupados en la oficina, favor de permitir 2 dias para todas las llamadas/preguntas regresadas del paciente dejadas para su medico. Abran excepciones para situaciones de emergencias.

Yo \_\_\_\_\_ entiendo y estoy de acuerdo con las instrucciones que me ha dado OOMG, INC  
(Nombre en molde)

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

Kevin J. Triggs, M.D.

Eric W. Lee, M.D.

Ayaz A. Biviji, M.D.

Nikita Bezrukov, M.D.

Paul Beck, M.D.

Andres Taleisnik, M.D.

Ehsan Saadat, M.D.

Amanda Hong, PA-C

Eric Guevara, PA-C

Reilly Carr, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301

Santa Ana, CA 92868

(714)538-8549 Fax (714)538-1547

## MENSAJES DE CONTESTADOR

Es posible que haya tiempos cuando nuestra oficina no pueda alcanzarle por teléfono. Con su permiso, nosotros queremos poder dejar mensajes en su contestador en casa. Para conformarse con estándares legales estrictos, una liberación escrito nos permitirá dejar algún recado en su contestador. Firmando debajo de usted nos autorizan a dejar mensajes en su contestador en el número telefónico que usted nos ha dado en su registro.

Número de teléfono preferido de contacto (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Circule Uno: Casa/ Trabajo/ Celular**

## AUTORIZACION DESIGNADA PARA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA

Algunos pacientes prefieren que otros individuos, especialmente miembros de la familia, son permitidos acceso a su información médica. Para conformarse con estándares legales estrictos, una liberación escrito es requerida a permitir otro acceso de persona a sus historiales médicos.

Esta liberación les otorga permiso a individuos listaron abajo a: Haga o confirme las citas, tiene acceso para radiografiar y conclusiones de laboratorio, recoger medicinas de muestra, enterandose de su diagnóstico, del pronóstico, y de planes de tratamiento, y sirve como su contacto de emergencia. Este permiso aplica para telefonar y mensajes de contestador así como otros medios de comunicación.

1. Persona Designada: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. Persona Designada: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO de HIPAA

He sido dado la oportunidad de leer la Nota de HIPAA de Prácticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud situado en la sala de espera. He sido dado una copia de la Nota de HIPAA de Prácticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud.

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

Nombre del Paciente (molde): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, indique la relación

Padre o tutor del paciente menor

Tutor o curador de un paciente incompetente

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

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

Nuestros médicos deben obtener la información que se detalla a continuación para cumplir con los requisitos del programa de Acceso a Medicare y la Ley de Reautorización de CHIP (MACRA), que fue implementado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Es un programa instituido para cambiar fundamentalmente la forma en que Estados Unidos evalúa y paga la atención médica.

**POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE:**

**¿Tiene un PLAN DE ATENCIÓN AVANZADA / DIRECTIVA AVANZADA** \_\_\_NO \_\_\_SI

IF SI: \_\_\_ No resucita \_\_\_ Testamento vital \_\_\_ Organo donante \_\_\_ Poder legal

**EL CONSUMO DE TABACO:**

ESTADO: \_\_\_ Actual fumador \_\_\_ Ex Fumador \_\_\_ Nunca fumé \_\_\_ Fumafor de tabaco ligero  
\_\_\_ Fumafor de tabaco pesado \_\_\_ Usa tabaco en otras formas

**IF SI: ¿CON QUÉ FRECUENCIA FUMA LOS CIGARRILLOS?**

\_\_\_ Todos Los días \_\_\_ Algunos días, pero no todos los días

**IF SI: ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA FUMASO?**

\_\_\_ 5 O MENOS \_\_\_ 6-10 \_\_\_ 11-20 \_\_\_ 21-30 \_\_\_ 31-O MÁS

**IF SI: TAN PRONTO DESPUÉS DE DESPERTAR FUMA SU PRIMER CIGARRILLO?**

\_\_\_ DENTRO 5 MINUTOS \_\_\_ 6-30 MINUTOS \_\_\_ 31-60 MINUTOS \_\_\_ after 60 MINUTOS

**IF SI: ¿ESTÁS INTERESADO EN DEJAR DE FUMAR?**

\_\_\_ Listo para dejar de fumar \_\_\_ Pensando en dejar de fumar \_\_\_ No estoy listo para dejar de fumar

**SI ANTIGUO FUMADOR: ¿ CUÁNTO TIEMPO HA SIDO DESDE QUE USTED FUMÓ POR ÚLTIMO?**

\_\_\_ < month \_\_\_ 1-3 months \_\_\_ 3-6 months \_\_\_ 6-12 months \_\_\_ 1-5 years \_\_\_ 5-10 years \_\_\_ > 10 yrs

**\*Para su información, el uso de tabaco puede retrasar la curación y se recomienda dejar de fumar.**

**USO DE ALCOHOL:**

**¿TUVO UNA BEBIDA QUE CONTIENE ALCOHOL EN EL AÑO PASADO?** \_\_\_SI \_\_\_NO

**IF SI: CON QUE FRECUENCIA?**

\_\_\_ Nunca \_\_\_ Mensual o menos \_\_\_ 2-4 veces al mes \_\_\_ 2-3 veces por semana \_\_\_ 4 o mas veces a la semana

**IF SI: ¿CUÁNTOS BEBIDAS TUVO EN UN DÍA TÍPICO CUANDO BEDA EN EL AÑO PASADO?**

\_\_\_ 1-2 \_\_\_ 3-4 \_\_\_ 5-6 \_\_\_ 7-9 \_\_\_ 10 o más

**IF SI: ¿CON QUÉ FRECUENCIA TUVO 6 O MÀS BEBIDAS EN UNA OCASIÓN EN EL ANÓ PASADP?**

\_\_\_ Nunca \_\_\_ menos de mensual \_\_\_ mensualmente \_\_\_ semanalmente \_\_\_ diariamente o casi diariamente

**\* Para su información, el uso de alcohol puede elevar su presión arterial.**