

**Orange Orthopedic Medical Group
FORMA DE REGISTRACION**

Fecha:					
INFORMACION DEL PACIENTE					
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:	
				()	
ESPOSO/A O SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, OTRO PADRE					
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:
INFORMACION DE ASEGURANSA					
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"/> Espos/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"/> Espos/a	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo/a o un pariente (no viviendo en casa):			Relacion al paciente:		Telefono:
					()
Domicilio:		Ciudad		Estado	Codigo Postal
DOCTOR DE CABESERA					
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.

General History Form

Fecha: _____

Nombre: _____

OCUPACION: _____

Presente queja:

Por qué estas aquí hoy? _____

Historia de enfermedades/lesiones actuales: _____

¿Cómo y dónde ocurrió la lesión? _____

Cuándo ocurrió la lesión (fecha específica si es posible) _____

¿Ha empeorado recientemente? _____

Que alivia su dolor?? _____

¿Qué lo empeora? _____

Indique las enfermedades anteriores: _____

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

1310 W. Stewart Drive, Suite 408

Orange, 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 medica, _____ 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 medico. 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 medico 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 pthrdicla 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
Estrenido Si No
Hepatitis Si No
Dolor de estomago 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 ella orina Si No
Regla Alterada Si No
Dificultad controlando la orina Si No
Enfermedad de riflón 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 inedica familiar

Madre Vive Si No
FPadre Vive Si No
Usted tiene hijos No 1 2
 3 4 Mas: _____

Historia Sociahnte

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

1310 W. Stewart Drive, Suite 408

Orange, 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

1310 W. Stewart Drive, Suite 408

Orange, 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

1310 W. Stewart Drive, Suite 408

Orange, 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 querriamos poder dejar mensajes en su cqntestador en casa. Para conformarse con estándares legales estrictos, una liberación escrito nos permitirá dejar algun recado en su contestador. Firmando debajo de usted nos autorizan a dejar mensajes en su contestador en el numero telefonico 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 medicos.

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 asI como otos medios de comunicación.

1. Persona Designada: _____

Telefono: _____ Relacion: _____

2. Persona Designada: _____

Telefono: _____ Relacion: _____

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 situó 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.

Frima: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente (molde): _____ Telefono: _____

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.**