



GREWAL ORTHOPEDIC SPINE CARE

Bienvenidos a Grewal Orthopedic & Spine Care. Le pedimos que complete completamente los formularios adjuntos. No estamos solicitando ninguna información que no sea necesaria, así que por favor sea lo más específico posible. Si tiene alguna pregunta, no dude en preguntarle a uno de los miembros de nuestro personal, ya que siempre estarán encantados de ayudarle.

Apellido: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Primer Nombre: _____ SSN: _____

Dirección De Domicilio:

Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

El Estado Civil: (Marque uno) Soltera/o Casada/o Separada/o Divorciada/o

Contacto De Emergencia: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección Del Empleador: _____

Calle CiudadEstado Código Postal

Ocupación: _____ Esta Trabajando Actualmente? Si No

Referente o Médico Primario: _____

Número de teléfono: _____

Nuestro gobierno ahora exige que todas las practicas medicas informen anónimamente las estadísticas de los pacientes. Por favor, contesté las siguientes preguntas. Tenga la seguridad de que la privacidad del paciente es nuestra máxima prioridad.

Raza: (Marque uno) Caucásico O Blanco Negro O Afroamericano Indio Americano O Nativo De Alaska Asiático
Nativo Del Pacifico O Otras Islas Del Pacifico Otra Raza

Etnicidad: (Marque uno) Hispano O Latino No Hispano o Latino No Proporcionar



GREWAL ORTHOPEDIC SPINE CARE

Idioma: (Marque uno) Inglés Español Chino Francés Alemán Italiano Japonés Portugués Otro

Farmacia/Información De Medicamentos

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

Por favor liste cualquier medicamento que esté tomando actualmente: _____

Alergias: (circule cualquiera que aplique) NSAIDS (Ibuprofeno/naproxeno) aspirina Macrolides (Eritromicinas)

Penicilinas Tetraciclinas Sulfamidas

Otro: _____

¿Ha fumado o fuma cigarrillos? Nunca ha fumado ex fumador actual fumador

¿Consume alcohol? nunca de vez en cuando a menudo

Altura: _____

Peso: _____



Información De Seguro

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Primario -----

Nombre Del Seguro: _____

Dirección Del Seguro: _____

Teléfono Del Seguro: _____

ID De Seguro#: _____ Grupo#: _____

Relación con el/la paciente: **(Marque uno)** Yo Esposa/o Dependiente

Secundario -----

Nombre del Seguro: _____

Dirección del Seguro: _____

Teléfono del Seguro: _____

ID De Seguro #: _____ Grupo#: _____

Relación con el/la paciente: **(Marque uno)** Yo Esposa/o Dependiente

Compensación Del Trabajador [Proporcione también la información de su Seguro privado arriba]

-----Nombre del Seguro: _____

Número de Caso#: _____

Fecha de la Lesión: _____ WCB: _____

Parte(s) del cuerpo Lesionadas: _____

Nombre del Ajustador: _____ Número de Teléfono: _____

No Fault [Proporcione También la información de su Seguro privado arriba]-----

Nombre del Seguro de Auto: _____

Número de Reclamo#: _____

Fecha del accidente: _____

Nombre del Ajustador: _____ Número de Teléfono#: _____



GREWAL ORTHOPEDIC SPINE CARE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Queja Principal: _____

¿Como y dónde fue lesionado?: _____

¿Dónde está el dolor? Espalda Cuello Otro: _____

¿Tiene antecedentes de dolor de cuello o espalda? Si No

- Tratamientos que ha recibido:
- Terapia Física
 - Cuidado Quiropráctico
 - Acupuntura
 - Inyecciones Epidurales
 - Inyecciones de Cortisona
 - Exámenes de Radiología

¿Otro proveedor de atención médica que trató esta lesión incluyendo hospitalización o cirugía? Si No

Si, ¿como?/¿cuándo? _____

Ha tenido alguno de los siguientes: (circule cualquiera que aplique)

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|-----------------|------------------------|
| Hormigueo/Entumecimiento | Hinchazón | Dolor | Debilidad |
| Tenso | | Desmayo | Giro/Inclinación |
| | Mareo | | |
| Dificultad para Caminar | Visión Doble | Dolor de Cabeza | Pérdida del Equilibrio |
| Zumbido en los Oídos | Dolor en el Pecho | Otro: _____ | |

Naturaleza de la lesión/enfermedad: (circule cualquiera que aplique)

- | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|------------|-------------|-------------------|
| | Abrasión | Amputación | Avulsión | Mordedura |
| Pinchazo de Aguja | Contusión/Hematoma | | Hernia | Fractura |
| Enfermedad Infecciosa | Exposición por Inhalación | | Laceración | Quemadura |
| Envenenamiento/Efectos Tóxicos | Dislocación | | Torcedura | |
| | | | /Distensión | Herida de Punción |



GREWAL ORTHOPEDIC SPINE CARE

Otro: _____

¿Están sus síntomas afectados o provocados por alguno de los siguientes? (circule cualquiera que aplique)

Cambio de Posición Movimiento Rápido de la Cabeza Caminar Sobre Superficies irregulares
Fumando Alcohol Al Subir Escaleras
Mirando Objetos en Movimiento Estar de Pie Caminar en una habitación oscura o con poca luz
Viajar en automóvil, avión, o barco Toser, Estornudar, hacer esfuerzo

Usa un bastón y/o andador? Si No

Historial Relacionado Con Accidentes de Vehículos de Motor

(Pase a la siguiente sección si no aplica)

Eras la/el: Conductor/a Pasajera/o sentada/o en frente
 Pasajera/o sentada/o a tras al lado izquierdo Pasajera/o sentada/o atrás al lado
 Peatonal derecho

¿Estabas usando un cinturón de seguridad? Si No

¿Perdió el conocimiento? Si No

¿Estaba el coche parado o moviéndose? Parado Moviéndose

¿En qué tipo de vehículo estabas? Coche Camión Autobús
 Motocicleta Taxi

¿Qué tipo de vehículo le atropelló? Coche Camión Autobús
 Motocicleta Taxi

¿Ha tenido algún accidente automovilístico previo?
Si No



GREWAL ORTHOPEDIC SPINE CARE

Historial Médico

Circule cualquiera que aplique:

Cardiopatía Hipertensión Úlcera Epilepsia Diabetes

Otro: _____

Historial Quirúrgico: Stents Coronario(Prótesis metálicas) Stents en la pierna Cirugía del Corazón

Fracturas Previas: _____

Cirugías Previas: _____

Enfermedad Seria: _____

Cualquier Historial Médico _____

Historial Familiar

¿Algún miembro de su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas o enfermedades?

	¿Cual Miembro de la Familia?	Edad diagnosticada:
Cáncer [describir el tipo]	_____	_____
Hipertensión:	_____	_____
Cardiopatía:	_____	_____
Diabetes:	_____	_____
Ataque de Apoplejía:	_____	_____
Enfermedad Mental:	_____	_____
Adicción a las drogas/alcohol:	_____	_____
Glaucoma:	_____	_____
Enfermedad hemorrágica:	_____	_____
Otro:	_____	_____



HIPAA Regla de Privacidad del Acuerdo de Autorización del Paciente Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida para Tratamientos, Pagos u Operaciones de Atención Médica

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta Práctica mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan de atención o tratamiento futuro:
Entiendo que esta información sirve como

- una base para planificar mi atención y tratamiento;
- un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi atención médica
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura;
- un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados se proporcionaron realmente;
- una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de la atención médica.

Se me proporcionó una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información.

Entiendo que, como parte de mi atención y tratamiento, puede ser necesario proporcionar mi información de salud protegida a otra entidad cubierta. Tengo derecho a revisar el aviso de esta práctica antes de firmar esta autorización. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida como se especifica a continuación para los fines y las partes designadas por mí.

Regla de privacidad del acuerdo de consentimiento del paciente consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (§164.506(a))

Entiendo que:

- Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de información de esta Práctica antes de firmar este consentimiento;
- Que esta Práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso y las prácticas y que antes de la implementación enviará por correo una copia de cualquier aviso a la dirección que he proporcionado, si se solicita;
- Tengo derecho a oponerse al uso de mi información médica para propósitos de directorio;
- Tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a que mi información médica protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y que esta práctica no está obligada por ley a aceptar las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esta Práctica ya haya tomado medidas basándose en el mismo.

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal

Fecha



GREWAL ORTHOPEDIC SPINE CARE

Consentimiento del Paciente para Su Uso Y Divulgación de Información Médica Protegida

Por la presente doy mi consentimiento para que Grewal Orthopedic & Spine Care (la Práctica) use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO).

Con este consentimiento, la Práctica puede llamarme o enviarme un correo electrónico a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje por voz, correo electrónico o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la Práctica realizar operaciones de tratamientos pago y atención médica, como recordatorios de citas, artículos del Seguro y cualquier cosa relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio.

Con este consentimiento, la Práctica puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayude a la Práctica a realizar tratamiento, operaciones de pago y atención médica, como tarjetas recordatorias de citas, estados de cuenta del paciente y cualquier cosa relacionada con mi atención clínica, siempre que estén marcados "Personal y Confidencial."

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que la Práctica use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la Práctica ya haya hecho divulgaciones con mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revocó, la Práctica puede negarse a darme tratamiento médico .

Firma del Paciente o Testigo Representante Legal

Fecha _____

Nombre del Paciente

Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente doy mi permiso para que Grewal Orthopedic & Spine Care me brinde tratamiento médico. Permiso que la Práctica solicite beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo que:

- La Práctica tendrá que enviar la información de mi historial médico a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi Seguro no paga o no tengo seguro.

Entiendo que:

- Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

Firma del Paciente o Testigo Representante Lega

Fecha