



M&M ORTHOPAEDICS

Extraordinary Outcomes

I. CONSENTIMIENTO PARA LA DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO

He venido a M&M Orthopaedics, Ltd. Voluntariamente con la finalidad de obtener una diagnosis y tratamiento medico o quirúrgico. Doy mi consentimiento para que mi medico, medico asistente o terapéutico se consulten como crean necesario. Se que la practica de medicina no es una ciencia exacta y afirmo que no se me ha dado ninguna garantía respeto del resultado del tratamiento o examen durante mi visita al M&M Orthopaedics.

II. RECONOCIMIENTO DE AVISO RESPECTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro aviso respecto de las prácticas de privacidad da información sobre como podemos usar y revelar información privada sobre tu estado de salud. Revisa nuestro aviso expuesto en la sala de espera, y anunciado en nuestra página web (www.mmortho.com) y obtenible en el escritorio de en frente. Como esta expresado en nuestro aviso, las condiciones de este aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada pidiéndola al personal que esta en el escritorio de en frente.

Con quién podemos hablar sobre su estado de salud?

NOMBRE _____ PARENTESCO _____

III. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y GARANTÍA DE PAGO

En consideración de los servicios médicos que me ha provisto M&M Orthopaedics, Ltd, doy a M&M Orthopaedics, Ltd, a sus doctores y otros profesionales asociados con esta entidad mis derechos a ser reembolsados por medicare/medicaid o seguro de salud, u otra entidad que se ocupa de accidentes, por los servicios rendidos a mi persona. Estoy de acuerdo en pagar a M&M Orthopaedics, al doctor y al resto del equipo profesional asociado con la práctica el balance de la cantidad debida que no la cubra las seguros mencionados arriba (excepto los cargos no cobrables en conformidad con las reglas de medicare). Esto puede incluir el costo del cubro y/o cargos razonables de abogado.

IV. LA PÓLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE

Afirmo haber recibido de la M&M Orthopaedics la Póliza Financiera del paciente.

He leído cada uno de los párrafos anteriores y estoy completamente de acuerdo con cada una de las declaraciones. Como signo de una conformidad, firmo aquí abajo.

PACIENTE

FECHA _____

PADRE/MADRE GUARDIAN (Si el paciente es menos de 18 años de edad)

FECHA _____



M&M ORTHOPAEDICS

Extraordinary Outcomes

FECHA _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

NUMERO DE CUENTA _____

REVISADO POR _____

Bienvenido/a a nuestra oficina. Por favor imprima y complete todos los espacios.

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, MI)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SS #
DOMICILIO DEL PACIENTE (CALLE)		TELÉFONO DE CASA ()		OCUPACIÓN
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO DE TRABAJO ()		TELÉFONO CELULAR ()
SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD QUIEN LE TRAJÓ A LA CITA? RELACIÓN:		DIRECCIÓN DE CORREO (Si el paciente es menor de edad, por favor incluya el correo electrónico del guardian)		

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO ()
--------	------------	-----------------

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA PRIMARIA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA: o ESPOSA/O o HIJO/A ADOPTIVO/A/ GUARDIÁN o HIJO/A
DOMICILIO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (CALLE)			TELÉFONO DE CASA ()
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			NUMERO DE SEGURO SOCIAL
PATRÓN DE TRABAJO (COMPAÑÍA)			TELÉFONO DEL PATRÓN (COMPAÑÍA) ()
DOMICILIO DE PATRÓN (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			OCUPACIÓN

INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA SECUNDARIA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA: o ESPOSA/O o HIJO/A ADOPTIVO/A/ GUARDIÁN o HIJO/A
DOMICILIO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (CALLE)			TELÉFONO DE CASA ()
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			NUMERO DE SEGURO SOCIAL
PATRÓN DE TRABAJO (COMPAÑÍA)			TELÉFONO DEL PATRÓN (COMPAÑÍA) ()
DOMICILIO DE PATRÓN (CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			OCUPACIÓN

MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (MÉDICO DE CABECERA) MÉDICO DE FAMILIA

NOMBRE DEL MEDICO DE CUIDADO PRIMARIO (MEDICO DE CABECERA) CON EL QUE TUVO SU ÚLTIMA CITA	TELÉFONO ()
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	



Extraordinary Outcomes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

¿Quien le refirió a esta oficina? _____

¿Quien es su medico primario? _____

Domicilio del medico: _____ Teléfono del medico: _____

ALERGIAS Identifica a que eres alérgica y que tipo de reacción tienes:

- MEDICAMENTOS _____ REACCIÓN _____
- ALIMENTOS _____ REACCIÓN _____
- YODO (LOCAL) _____ REACCIÓN _____
- YODO (INYECTABLE) _____ REACCIÓN _____
- LÁTEX _____ REACCIÓN _____
- ADHESIVO _____ REACCIÓN _____
- OTROS _____ REACCIÓN _____
- NO ALERGIAS CONOCIDAS

MEDICINAS Tomo las siguientes medicinas:

(Todos las prescripciones y las sin prescripción, incluyendo aspirina, suplementos herbales y píldora anticonceptiva)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

OPERACIONES, TRATAMIENTOS, HOSPITALIZACIONES

Yo he tenido las siguientes operaciones, tratamientos, y/o hospitalizaciones:

_____	FECHA _____
_____	FECHA _____
_____	FECHA _____

HISTORIA SOCIAL

¿Usa usted alguno de estos aparatos de asistencia? LENTES LENTILLAS DE CONTACTO AUDÍFONO
 APARATOS ORTOPÉDICOS / PRÓTESIS BASTÓN ANDADOR

¿Fuma usted? (completa si eres mayor de 12 años)

- NO ¿Si has parado de fumar, cuando fue? (mes y año) _____
- SI Numero de cajetillas al día _____ Número de años fumando _____

¿Usa tabaco sin humo? (complete si eres mayor de 12 años)

- NO ¿Si has parado de fumar, cuando fue? (mes y año) _____
- SI ¿Que usas? _____ Número de años que estas usando esta clase de tabaco _____



NOMBRE DEL PACIENTE _____

M&M ORTHOPAEDICS

HISTORIA SOCIAL Y FAMILIAR DEL PACIENTE

Extraordinary Outcomes

HISTORIA SOCIAL -continued-

¿Bebes bebidas alcohólicas? NO SI—¿CON QUÉ FRECUENCIA?

1 BEBIDA AL MES 1-2 BEBIDAS POR SEMANA 2-6 BEBIDAS POR SEMANA 6 BEBIDAS O MÁS POR SEMANA

¿Usa drogas de recreo? NO SI (por favor enumerarlas) _____

¿Estas actualmente embarazada? NO SI (por favor enumerarlas) _____

¿Estas planeando un embarazo? NO SI (por favor enumerarlas) _____

Evaluación de Caídas (complete si es mayor de 50 años)

No caídas, no heridas? ¿Caída el año pasado o caída con herida? Cuantas? _____

Reconocimiento de osteoporosis (Examen de Densidad Mineral Ósea, DEXA Scan)? Cuando? _____

Su Estatura Actual Peso _____ Estatura _____

CONDICIONES MÉDICAS

Ha tenido usted o su familia algunas de los siguientes problemas?

	USTED	PADRES	HERMANOS/AS
Glaucoma			
Enfermedad de Corazón			
Ataque de corazón			
Hipertensión Arterial			
Enfermedad del pulmón			
Enfisema			
Asma			
Úlcera			
Colitis			
Dificultad en orinar			
Problemas del riñón, vesícula, próstata			
Artritis			
Gota			
Osteoporosis			
Artritis Reumática			
Enfermedad de Parkinson			
Ataques			
Diabetes			
Desorden del Tiroides			
Problemas de hemorragias			
Anemia de células falciformes			
Hepatitis			
VIH (sida)			
Cáncer (qué tipo)			
Apnea del Sueño			

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____