

**Family Orthopedics and Rehabilitation (F.O.R) DEMOGRÁFICA FORMA /**  
**CONSENTIMIENTO**

Chris Wong, MD Paul Chong, MD Christine Huynh, MD

Fecha \_\_\_\_\_ Doctor de Referencia: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

#Seguro Social: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ # De Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Recordatorio de la cita Preferencia: Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Celular (Mensaje De Text) \_\_\_\_\_ Casa# \_\_\_\_\_

Números De Contacto: Celular# \_\_\_\_\_ Trabajo# \_\_\_\_\_

Casa# \_\_\_\_\_ Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Persona Primaria del Seguro: \_\_\_\_\_ #Seguro Social: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia/Familiar Cercano: 1. \_\_\_\_\_ # de Contacto: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ # de Contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Inicial) \_\_\_\_\_(Fecha) Autorizo a mi médico, F.O.R. y oficina personal de facturación en contacto conmigo y lo anterior contactos de emergencia / familiares sin restricciones, incluyendo la discusión de discusión médica de cuidado de la salud médica y la divulgación de los registros médicos personales.

**CONSENTIMIENTO MEDICO**

Se concede permiso al médico tratante y el asistente para administrar los exámenes médicos y quirúrgicos, tratamientos y procedimientos de supervisión que se consideren necesarios para mí y / o el paciente en cuestión menor (<18 años).

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**LIBERACION DE INFORMACION**

F.O.R no divulgará ninguna información personal de salud a cualquier persona que no sea el paciente, los contactos autorizados enumerados anteriormente, o de menores de edad, los pacientes tutor legal. Divulgación de información médica necesaria para la prestación de los objetivos de la atención y de facturación médicos están autorizados automáticamente bajo las regulaciones de HIPPA designados. Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Autorizo a la **Familia de Ortopedia y Rehabilitación** de proporcionar información a las compañías de seguros, Health Care Financing Administración / Medicare / Medicaid, Workmans borrador, administrador de casos, médicos, abogado y otras entidades conexas en relación con la enfermedad o el tratamiento médico de mi dependiente o yo mismo a través de teléfono, fax, o por escrito, con el fin de determinar los beneficios, pagos de solicitar y proporcionar asistencia médica.

Inicial \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONFIRMACION DE AVISO DE PRÁCTICA PRIVADA**

Yo he recibido el Aviso de Privacidad de **Family Orthopedics and Rehabilitation**.

\_\_\_\_\_  
**Firma para Consentimiento Médica, Liberación de la Información, HIPPA**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Por la presente cedo Medicare, Medicaid, los beneficios autorizados los trabajadores un borrador de seguros y todos los pagos a la **Familia de Ortopedia y Rehabilitación** para cualquiera de los servicios (médicos, quirúrgicos, DME) equipadas para mis dependientes o yo-mismo. Esta asignación se mantendrá en efecto revocada por mí por escrito. **Entiendo y estoy de acuerdo: 1)** Es mi responsabilidad y no son responsabilidad del personal médico o el médico saber si mi seguro pagará por los servicios médicos que recibe. **2)** Es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene ninguna de deducible, co-pago / seguros, fuera de la red, cantidades límite usual y customary o limitación de beneficios por los servicios médicos que recibo. **3)** Para obtener una referencia de mi PCP a un especialista (nuestra oficina) y mantener visitas de referencia necesarios. **Si el médico no es reconocido por mi plan de seguro o de referencia de mi PCP para nuestra oficina no se hace, puede dar lugar a demandas que son rechazadas, por lo que será responsable del gasto de bolsillo y cualquier pago reclamación denegada.** Reconozco y acepto esta responsabilidad para el pago de todos los gastos médicos independientemente de cualquier seguro / LOP que pueda tener para que me ayude en esta responsabilidad. Si por alguna razón mi cuenta debe ser delinquentes, estoy de acuerdo en pagar por todos los costos de la corte, recogida, cargos financieros y gastos legales.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente/Persona Responsable**

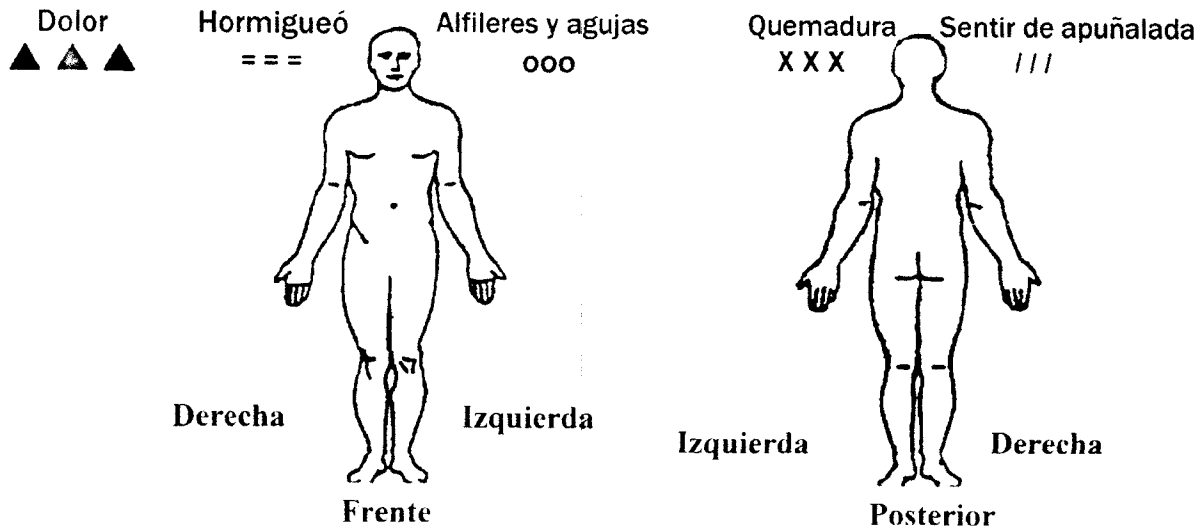
\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# Historia y Físico

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ M / F Fecha \_\_\_\_\_

## Posición Actual

1. Razón por la cual vino a la clínica \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó \_\_\_\_\_
2. Hubo algún accidente o acontecimiento que causo su problema? Describa \_\_\_\_\_
3. Tiene usted algún dolor? Donde? (dibuje las áreas de su dolor) \_\_\_\_\_



4. Como describe usted el dolor? (circule): lánguido, agudo, latir, \_\_\_\_\_
5. Es constante el dolor o intermitente? (circule)
6. Viaja el dolor a algún otro lugar? Si / NO Donde? \_\_\_\_\_
7. En el promedio, que es el nivel del dolor? (0= sin dolor, 10= el peor dolor que ha tenido)  
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
8. Que mejora el dolor? \_\_\_\_\_  
 Acostándose  sentándose  parado  caminando  descansando  nada  
 Píldoras para el dolor  calor  frío  terapia física  Inyecciones de cortisona  
 Píldoras para relajar músculo  Ante-inflamatorios  llevando refuerzo  circulando
9. Que hace el dolor empeorar? \_\_\_\_\_  
 Acostándose  sentándose  parado  caminando  ejercicio  circulando  
 Doblándose hacia adelante  doblando hacia atrás  estornudar  toser  nada
10. Tiene usted algún entumecimiento o algún sentir de hormigueo? Donde? \_\_\_\_\_

11. Tiene usted alguna debilidad de músculo o pérdida de fuerza? Donde? \_\_\_\_\_
12. Ha habido algún cambio de síntomas en las últimas 2 semanas? SI / NO  
Describe \_\_\_\_\_
14. Tiene usted accidentes con intestinos o vejiga? SI/ NO \_\_\_\_\_

15. Tiene usted: fiebre, perdida de peso, dificultad para dormir, perdida de apetito, dolor de cabeza  
Problemas con su: ojo(s), oreja(s), nariz, garganta, corazón, pulmón, estomago, vesícula/ riñón, coyunturas, piel, nervios, desorden de humor, desorden de sangrado, VIH, alergias (circule todo que apliqué y explique:)

## Tratamiento previo

1. Ha tenido usted la terapia física? SI/ NO Cuando? \_\_\_\_\_
2. Ha sido usted tratado con (por favor circule): cuello/ tracción de espalda inyección epidural esteroides TENSunit botox terapia en la piscina neurontin zanaflex elavil trazadone topamax naprosyn mobic bextra celebrex vioxx flexeril skelaxin robaxin soma acupuntura quiropráctico
3. Liste todos los medicamentos y tratamientos que usted ha recibido para este problema \_\_\_\_\_
4. Liste todos los médicos que la han tratado a usted para este problema. \_\_\_\_\_

Continué en el otro lado

## Exámenes Previos

Indique cualquier examen que aya tenido, fecha, y resultados:

1. Rayos-X/ Parte del cuerpo \_\_\_\_\_ Mes/ Año \_\_\_\_\_  
Resultados \_\_\_\_\_
2. MRI/ Parte del cuerpo \_\_\_\_\_ Mes/ Año \_\_\_\_\_  
Resultados \_\_\_\_\_
3. CAT SCAN/ Parte del cuerpo \_\_\_\_\_ Mes/ Año \_\_\_\_\_  
Resultados \_\_\_\_\_
4. EMG/ Estudio de Nervios \_\_\_\_\_ Mes/ Año \_\_\_\_\_  
Resultados \_\_\_\_\_

## Historia Médica

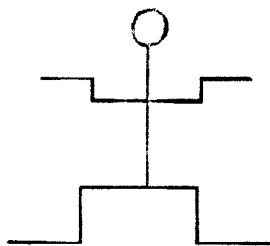
1. Usted tiene:  diabetes  alta presión  tiroides  úlceras en el estomago/ refluí  
 cáncer \_\_\_\_\_  artritis \_\_\_\_\_  artritis reumatoide  enfermedad del corazón  fibromyalgia  
Otro \_\_\_\_\_
2. Liste todas las cirugías que aya tenido: \_\_\_\_\_
3. Liste todos los medicamentos actuales y dosis: \_\_\_\_\_
4. Es usted alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_
5. Hay algún problema medico hereditario en su familia?  Diabetes  alta presión  tiroides  
 Cáncer  desorden de sangrado  enfermedad del corazón  fibromyalgia  otro \_\_\_\_\_

## Historia Social

1. Posición en el Trabajo \_\_\_\_\_ Años trabajados \_\_\_\_\_
2. Es usted:  Casado  Separado  Divorciado  Viudo  Vive solo Vive con: \_\_\_\_\_
3. Usted fuma? S / N: cuanto \_\_\_\_\_ pk por día Usted toma bebidas alcohólicas? S / N: cuanto \_\_\_\_\_

## STOP

Inspection \_\_\_\_\_ skin \_\_\_\_\_ circulatory \_\_\_\_\_ gait \_\_\_\_\_  
ROM: neck \_\_\_\_\_ back \_\_\_\_\_ shoulder \_\_\_\_\_ elbow \_\_\_\_\_ hip \_\_\_\_\_ knee \_\_\_\_\_ ankle \_\_\_\_\_  
Palpation: paraspinal \_\_\_\_\_ trap \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ piriormis \_\_\_\_\_ troch \_\_\_\_\_ LL \_\_\_\_\_ calf \_\_\_\_\_  
Provocative: spurling \_\_\_\_\_ impinge/ ss \_\_\_\_\_ tinels/ phalens adsons \_\_\_\_\_ Finkelstein \_\_\_\_\_  
Wadell \_\_\_\_\_ SLR \_\_\_\_\_ patricks \_\_\_\_\_ piriformis \_\_\_\_\_ quad \_\_\_\_\_ obers \_\_\_\_\_ trendelenburg \_\_\_\_\_  
Motor Abd EE EF WE WF FF HF KE KF DF PF EHL  
R  
L  
Sensory \_\_\_\_\_ CN \_\_\_\_\_ FTN \_\_\_\_\_ RAM \_\_\_\_\_ HTS \_\_\_\_\_  
Reflex \_\_\_\_\_ hoffman \_\_\_\_\_ clonus \_\_\_\_\_ babinski \_\_\_\_\_ rhomberg \_\_\_\_\_



### **Aviso de Practicas de Privacidad**

Este aviso describe como la información de salud sobre usted puede ser utilizado y revelado y como obtener el acceso de su información de salud. Esto es necesario, por la normas de privacidad creados como resultado de la salud Portabilidad Del Seguro Médico y Acto de Responsabilidad de 1996.

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos requeridos por la ley a mantener la confidencialidad de su información de salud. Las siguientes circunstancias pueden requerir el usar o divulgar su información de salud:

1. Para la salud pública de autoridades y salud agencias de supervisión que son autorizado por la ley a coleccionar.
2. Demandas y similares procedimientos de respuesta a un tribunal u orden administrativa.
3. De ser requerido a hacerlo por un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario reducir o prevenir una grave amenaza a su salud y la seguridad del otro individuo o del público. Solo haremos divulgaciones a una persona o organización capaz de ayudar prevenir la amenaza
5. Si usted es EE.UU o extranjero de las fuerzas militares / veteranos o si requerido por apropiarte autoridad.
6. A los funcionarios federales para la inteligencia y seguridad nacional de actividades autorizadas por la ley.
7. A instituciones correccionales o aplicación de la ley funcionarios si usted se encuentra en interno o bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Para Compensación de Trabajadores y programas similares.

Sus derechos con respecto a su salud, información y comunicaciones:

1. Usted puede solicitar que Nuestra practica comunicarse con usted sobre su salud y temas relacionados en una manera particular o en un determinado ubicación. Nos acomodaremos solicitud razonable.
2. Usted puede solicitar una restricción en nuestro uso o la divulgación de su información de salud para tratamiento, pago, o las operaciones del cuidado de la salud. Usted tiene el derecho de su información de salud a solo algunos individuos implicados en su cuidado o el pago para su cuidado. No estamos requerido estar de acuerdo a su solicitud; sin embargo, si Estamos de acuerdo, Estamos obligados por nuestro acuerdo excepto Cuando se indique lo contrario requerido por la ley en caso de emergencia o Cuando la información es necesario a tratarle.
3. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que puede ser utilizado para hacer decisión sobre usted, incluyendo registros médicos de pacientes y registros de facturación. Pero no incluidos notas de psicoterapia. Usted debe presentar su solicitud en escritura al gerente de oficina.
4. Usted puede pedir nosotros para enmendarse su información de salud si usted cree es incorrecto o incompleto, y mientras como la información es mantenido por o para nuestro practicar. Para solicitar enmienda, su solicitud debe hacerse en escritura y con la razón de enmienda y presentado a la gerente de oficina.
5. Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de Practicas de privacidad. Usted puede pedir nosotros para dar una copia del aviso en cualquier momento de Nuestra oficina.
6. Si usted cree sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede archivar una queja con nuestro gerente de practica o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
7. Nuestra practica va obtener su escrito autorización para usos y divulgaciones que no se identifican por este aviso o permitido por la ley aplicable

Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad para cualquier pregunta.

# Family Orthopedics and Rehabilitation, LLP

We're Here F.O.R You!

609 Matlock Centre Circle, Arlington, TX 76015

**familyorthopedics.net**

(817) 276-8888 or (817) 676-9046 Fax (817) 676-9050

## Christopher Wong, M.D.

Board Certified Orthopedic Surgeon ABOS  
General Orthopedics & Sports Medicine

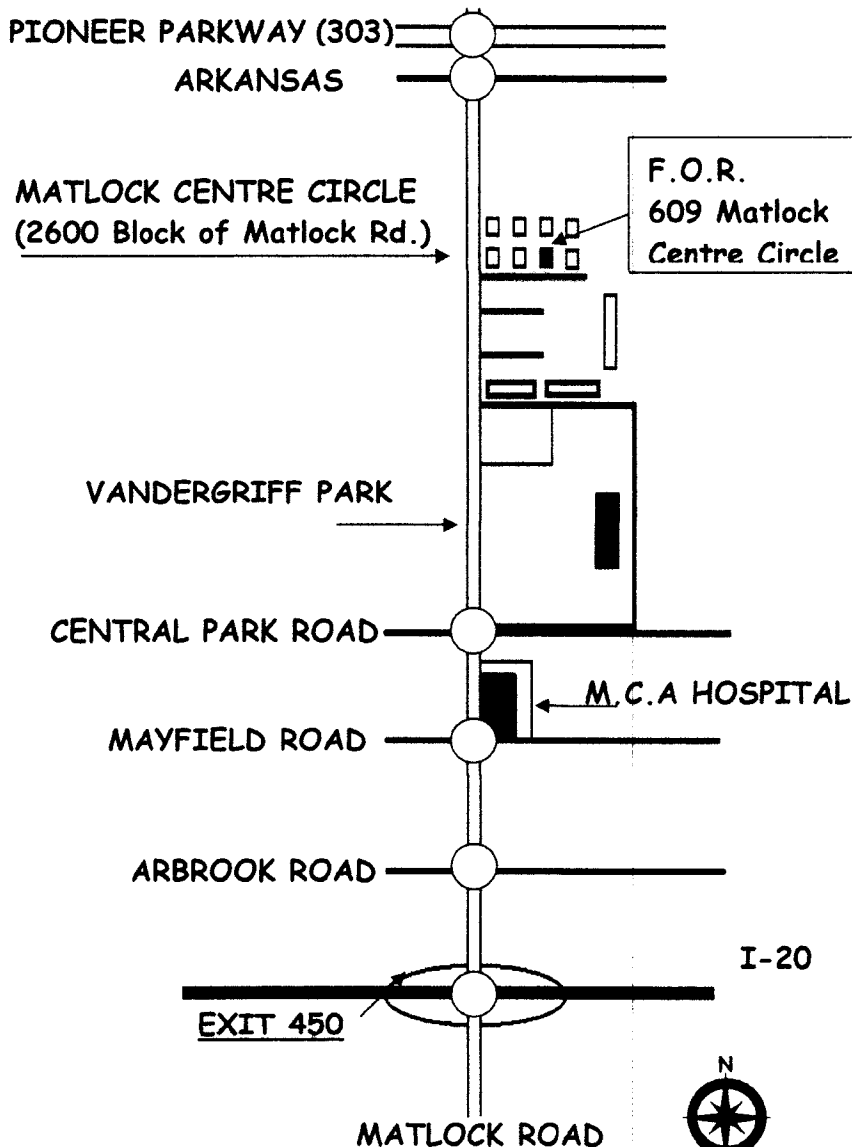
## Paul Chong, M.D.

Board Certified Orthopedic Surgeon  
General Orthopedics & Sports Medicine/Shoulder

## Christine Huynh, M.D.

Board Certified Physical Medicine & Rehab  
EMG/ Nerve Conduction Study, Pain Management

We provide treatment for fracture care, shoulder, elbow, wrist & knee pain/injuries, carpal tunnel, neuropathy, neck & back pain. Botox treatment for migraine headaches.



**\*\*BRING YOUR INSURANCE CARD, PICTURE ID, ALONG WITH COMPLETED PAPERWORK**

**PAPERWORK AVAILABLE AT FAMILYORTHOPEDICS.NET**

**\*\*ALSO ANY DIAGNOSTIC EXAMS, SUCH AS: X-RAYS (FILMS & REPORT), MRI, CT SCANS, ETC. (THAT PERTAINS TO THE INJURY)**