

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.

CONCENTIMIENTO 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 **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 demanda que son rechazadas, por lo que será responsable del gasto de bolsillo y cualquier pago reclamación denegada.** Reconozco 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 delincuentes, 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

INSTRUCCIONES: POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS APLICABLES Y RELLENAR LOS ESPACIOS!

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. **Lado afectado Del cuerpo:** Izquierda, Derecha. **Mano dominante:** Izquierda, Derecha
2. **Área afectada?** Extremidades superiores: Hombro Codo Antebrazo Muñeca Mano Dedo
Extremidades inferiores: Cadera Muslo Rodilla Pie Tobillo Dedo del Pie
3. **Cuando empezó la problema por primera vez?** _____ (Fecha exacto, si es posible)
 - a. Hubo algún **accidente**? Si No
 - b. **Que paso, cómo, y dónde** estabas? Por favor explique: _____

4. **Desde entonces,** los síntomas se han mejorado empeoran o permanecido igual?
 - a. Si los síntomas han cambiado, por favor explique: _____

5. Tiene usted lesiones anteriores? No o Si, Explicarse: _____

6. Tiene usted dolor? Si No, **Si tiene dolor,** en donde esta mayor parte de la área afectada?
 arriba abajo delante detrás de lado otro: _____
 - a. Viaja el dolor en cualquier otro lugar? No Si, Donde? _____
 - b. El dolor es constante o intermitente? Es agudo sordo adolorido sensación de ardor, Otro _____
 - c. Su nivel de dolor **en reposo:** _____ y **en su peor momento:** _____ (0= sin dolor, 10= peor dolor)
 - d. Que hace el dolor **empeorar**? Actividad Soporte de peso Otro _____

 - e. Que hace el dolor **mejorar**? descansar otro _____

Extremidades superiores (hombro, brazo, mano): Dolor a llegar a lo alto, detrás de la espalda?
 Dejando caer objetos Problemas con la manipulación fina?

Extremidades inferiores (cadera, rodilla, pie): Dolor con cada paso, sentado/surja de la silla?
Dolor con escaleras o cambios de dirección?

7. Marque todos los **síntomas asociados** que tenga:
 Bloqueo Haciendo estallar Sensación de captura; Hinchazón Debilidad muscular
 Entumecimiento/hormigueo (Dónde? _____); **Dolor** de espalda, cuello, por la noche.
8. Estas poniendo **soporte de peso** en la parte afectada? Si o No
9. Si "**normal**" es 100%, **qué tan cerca** a la "**normalidad**" se siente el lado afectado? _____%

Exámenes previo para diagnosticar este problema? e.g. Rayo-X, MRI, CT, EMG, laboratorios...

Listar todo los examen	Fecha del examen	Instalación/Dr de pedido
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Tratamiento previo para este problema? e.g. tablilla, abrazadera, medicamentos, terapia, inyecciones,...

Listar todos los tratamientos	Fecha de inicio	Duración del tratamiento	Mejoría?
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ASEGURESE DE QUE LOS DOS LADOS DE ESTA HOJA SE COMPLETAN

Historia y Físico

INSTRUCCIONES: POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS APLICABLES Y RELLENAR LOS ESPACIOS!

PREGUNTAS GENERALES

10. Se están tomando medicamentos anti-inflamatorios o Tylenol? Si o No
11. Tiene usted alguna artrosis conocido con dolor asociado? Si No, Donde: _____
12. Ha tenido una gammagrafía ósea/dexa? Si No Cuando? _____ Resultados? _____
13. Comprobar si necesitas ayuda con comer, bañarse, usar el baño, vestirse, levantarse de la cama o una silla. Comprobar si necesitas un dispositivo de asistencia (bastón, andador) para caminar.

Historia Médica

14. Indique los **condiciones** que tiene usted: diabetes alta presión problemas de tiroides asma
 VIH reflujo estomacal Hep A/B/C desorden sangrante enfermedades Del corazón
 problemas de riñón/hígado convulsiones. Liste todas las otras condiciones médicas conocidas:

15. Liste todas las **cirugías** pasadas(con fecha si es posible) _____

16. Cualquiera **alergia** a medicamentos conocidos? Si o No **En caso afirmativo**, indique cada una (con su reacción, si se conoce) _____

17. Liste todos los **medicamentos** (o proporcionar en una hoja aparte si ay demasiados)

18. Cualquier **historia familiar** de diabetes, alta presión, tiroides, Artritis cáncer
 enfermedades Del corazón, infarto cerebral, otro (por favor liste) _____

19. **Posición de Trabajo?** _____ Que actividades físicas se requieren? _____

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Fuma o bebidas alcohólicas

Rama Militar: _____

Estado Militar: _____

20. Marque todas las casillas de los síntomas que usted tiene actualmente: fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, corazón, pulmón, dolor abdominal, erupciones en la piel, masas, desorden sangrante, VIH, hepatitis, enfermedades hematógenas, ojos, orejas, nariz, dolor de garganta, enfermedad mental, reciente pérdida/ganancia de peso, dolor de cabeza

Peso _____ lbs

Altura _____ ft _____ inch

Para pacientes femeninos mayores de 40 años, ha tenido una mamografía en los últimos 2 años? Si No

Para todos los pacientes mayores de 50 años, ha completado una colonoscopia en los últimos 10 años? Si No

Gracias por completando esta forma y para permitir nuestro equipo a participar en su cuidado!

ASEGURESE DE QUE LOS DOS LADOS DE ESTA HOJA SE COMPLETAN

Family Orthopedics and Rehabilitation
609 Matlock Centre Circle, Arlington, TX 76015

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.

Rev. 2/4/14

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

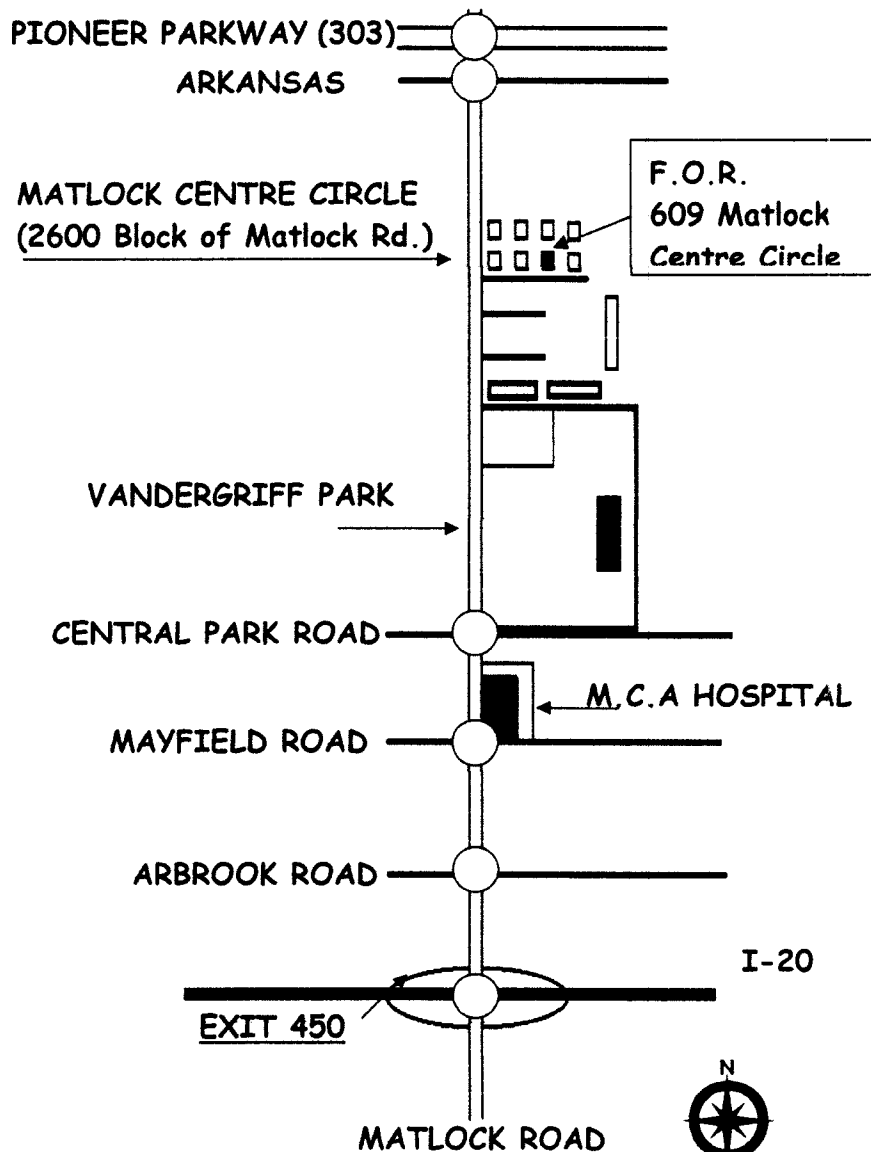
Christine Huynh, M.D.

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

Paul Chong, M.D.

Board Certified Orthopedic Surgeon
General Orthopedics & Sports Medicine/Shoulder

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 FAMILYORTHOPEDECS.NET

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

○ = TRAFFIC LIGHT