

Bienvenidos

Dedique unos minutos a responder las siguientes preguntas para que podamos ayudarlo mejor con sus necesidades de atención médica.

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

Paciente:

<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial</i>
-----------------	---------------	----------------

Dirección:

<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>
---------------	---------------	----------------------

Fecha de Nacimiento: _____ **SS del Paciente:** _____ - _____ - _____

Empleador: _____ **Numero de Compañía:** (_____) _____ - _____

Dirección Empleador: _____ **Ocupación:** _____

¿A quién podemos agradecerle por referirle?

NUMEROS DE TELEFONO

Casa: (_____) _____ - _____ **Celular:** (_____) _____ - _____

Email:

Buen momento para contactarle:

Información de Farmacia:

¿En caso de emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre: _____ **Relación:** _____

Casa: (_____) _____ - _____ **Celular:** (_____) _____ - _____

HISTORIAL

Fecha de hoy: _____ Fecha de accidente: _____ Usas tu mano: Derecha O Izquierda

Médico de primaria: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
¿Es esto relacionado con el trabajo? Si No
¿Fue reportado? Si No
¿Fue enviado a nuestra oficina por su médico? Si No Si es así, por favor provea:

Nombre del médico: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Dirección del médico: _____ Ciudad/Estado: _____

Problema Extremidad: Derecha o Izquierda

Lugar: _____ Calidad: _____
(¿Dónde está el dolor / problema? ¿Viaja a otras áreas?) (¿El dolor es sordo, punzante y agudo? Si es un bulto, ¿es cálido, tierno, rojo?)

Severo: _____ Duración: _____

(¿Qué tan severo es el dolor en una escala de 1-5 con 5 siendo más severo?) (¿Cuánto tiempo has tenido este dolor / problema? ¿Cuándo empezó?)

Tiempo: _____ Contexto: _____

(¿El dolor / problema ocurre en un momento específico? ¿Es raro, intermitente, constante?) (¿Qué estabas haciendo al inicio de este dolor / problema?)

¿Has visto a otros médicos con respecto a esta condición antes de venir a nuestra oficina? SI No

Doctor Cuando Exámenes

¿Alguna vez ha experimentado alguna lesión o síntoma con respecto a esta parte del cuerpo? SI No

Si es así, proporcione detalles:

¿Cuál de las actividades anteriores no puede realizar debido a su dolor? _____

Historial médico pasado: ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque los que aplique:

Aids or HIV+	Bronchitis	Hepatitis	Paperas	Enfermedad Tiroidea
Anemia	Varicela	Presión Alta	Pneumonia	Tuberculosis
Arthritis	Diabetes	Mono infeccioso	Polio	Ulceras
Asthma	Difteria	Enfermedad del riñon	Fiebre reumática	Enfermedad venérea
Problemas de Espalda	Epilepsia	Baja Presión	Escarlatina	Tos ferina
Infección de vejiga	Glaucoma	Sarampión	Apnea	Otro
Tendencia a sangrar	Enfermedad del corazón		Migrañas	Viruela
Transfusiones de sangre	Hemorroides	Prolapso de la válvula mitral		Derrame Cerebral

Medicamentos: Incluya suplementos a base de hierbas y sin receta.

Nombre de medicamento Dosis Frecuencia Alergias: Medicamento Reacción

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Alergia al tape? Si No
 ¿Alergia al látex? Si No

Historia quirúrgica / hospitalización pasada:

Fecha Cirugía / enfermedad Doctor Hospital, Ciudad, Estado

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia social del paciente: Estatus Uso de Alcohol Uso de Tabaco Situación de vivienda

Soltero	Nunca	Nunca	Con Familia
Casado	Raramente	Antes, pero renuncie	Con Amigos
Divorciado	Moderado	Actualmente	Solo
Viudo	Diario		Otro
Separado		___ Cajas por día	

Historial médico familiar:

Padre: Edad Condiciones o enfermedades Si falleció, causa de muerte

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

1. Reconozco que The Hand and Wrist Institute divulgará mi información médica protegida a un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que identifique que se relacione directamente con la participación de esa persona en mi cuidado. _____ (iniciales)

Persona(s) _____ **(Relación)**

O

1. Me opongo a la divulgación de mi información de salud protegida a un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona. _____ (iniciales)
2. Reconozco que The Hand and Wrist Institute puede comunicarse conmigo por correo postal, número de teléfono de casa o número de teléfono celular. _____ (iniciales)
3. 5. Solicito un método de comunicación alternativo, como una dirección alternativa o un número de teléfono del trabajo. _____ (iniciales)

Método Alternativo: _____

Firma del Paciente

Fecha

Formas:

Entiendo que hay un cargo de \$ 25.00 por cualquier formulario que necesite que el médico complete por mí. Todos los formularios serán procesados en 7-10 días hábiles.

Política de no presentación:

Habrà un cargo de \$ 40.00 por todas las citas perdidas si no se cancelan o reprograman con al menos 24 horas de anticipación. En caso de cirugía, el período de notificación es de 72 horas y la tarifa es de \$ 250.00

Fecha: _____ **Firma:** _____

Asignación de beneficios médicos:

Autorizo que el pago de los beneficios médicos se pague directamente a los médicos identificados anteriormente por los servicios profesionales prestados. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, co-seguro o copago de acuerdo con los términos de mi plan de seguro. Si se trata de un accidente automovilístico por responsabilidad de un tercero, yo, como paciente, soy responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. Reconozco que esta oficina no factura a terceros pagadores.

Fecha: _____ **Firma:** _____

Certifico que la lesión por la que estoy siendo tratado no es el resultado de un accidente automovilístico o una lesión personal y que no hay un litigio pendiente o en proceso con respecto a esta lesión.

Fecha: _____ **Firma:** _____

TENGA EN CUENTA

Debido a la naturaleza del horario del médico, y para no molestar a otros pacientes, se le permitirá un período de gracia de diez minutos. Si llega (o llegará) más de diez minutos tarde a su cita, llame a la oficina para reprogramarla.

Candidatos a Cirugía:

Tenga en cuenta que para cualquier procedimiento quirúrgico hay tres entidades que facturarán a su seguro:

- El cirujano (Dr. Knight) • La instalación de cirugía.
- El anesestesiólogo.

Solo podemos ayudarlo con los cargos que emite directamente el Dr. Knight.

Fecha: _____ **Firma:** _____

Adicionalmente:

El Dr. Knight realiza todas las cirugías en un centro de cirugía ambulatoria, Legent Surgical Hospital Plano y Medical City Argyle.

