10240 W. Indian School Rd., Suite # 115
Phoenix, AZ, 85307
PHONE : (480) 582-9833
FAX: (480) 874-2041

Información del paciente:

Nombre_____ Fecha De Nacimiento_____

Género: Femenino Masculino

Direccion_____Ciudad_____Estado_____ Código ___

Teléfono de casa_____ Celular_____ Trabajo_____

De Seguro Social_____ Empleador_____

Correo Electrónico_____ Altura_____ Peso_____

Idioma Preferido: Ingles Español Otro

Información De Pareja/Padre/Tutor

Contacto de Emergencia_____

Medico Primaria_____

Farmacia Preferido Ubicacion_____

_____

Información De Seguro

Seguro Primario_____

Seguro Secundario_____

Fecha de nacimiento del asegurado_____ # de seguro social_____

Información de Compensación de Trabajadores

Portador De Compensación_____# de reclamación_____

Nombre de ajustadora(o)_____ Teléfono _____

Consentir A Pagar Beneficios Seguro/ Divulgación De Información Medica

Acepto la responsabilidad de todos los gastos mediales incurridos por el paciente antes mencionado. Yo autorizo el pago de los beneficios de seguro de que se hará directamente al Sonoran Orthopaedics. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamación de seguros.

_____

Firma del Paciente o Persona Asegurada si el paciente es un menor. **Date**

By request, we can provide these forms in any languages listed via language line interpreting services; Spanish, Chinese, Vietnamese, Korean, Tagalog, Russian, Arabic, French Creole, French, Polish, Portuguese, Italian, German, Japanese, and Persian (Farsi).

SONORAN ORTHOPAEDICS

10240 W. Indian School Rd., Suite # 115
Phoenix, AZ, 85307
PHONE : (480) 582-9833
FAX: (480) 874-2041

Cuestionario de Salud

(Por favor, complete completamente)

Nombre_____Fecha:_____

Estado Civil: Casado Divorciado Viudo Otro:_____**Ocupación: _____Mano Dominante:** Derecha Izquierda

Antecedentes de enfermedades pasadas: ¿Ha tenido:

Diabetes No Sí Enfermedad cardíaca No Sí Enfermedad pulmonar No Sí

Accidente cerebrovascular No Sí Cáncer No Sí Hipertensión No Sí

Enfermedad renal No Sí

Otra enfermedad grave: _____

¿Cirugías previas? No Sí

Por favor, enumere: _____

Alguno de sus parientes consanguíneos ha sido diagnosticado alguna vez con problemas de salud? No Sí

Relación contigo Tipo de enfermedad

_____

_____

¿Tiene alergias a los medicamentos? No Sí Por favor, enumere:.

_____

_____

_____

Por favor enumere todos los medicamentos que toma regularmente, incluyendo aspirinas:

_____

_____

_____

¿Consume tabaco actualmente? _____No_____ Sí

¿Tiene un plan de atención avanzada o un sustituto designado? _____No_____ Sí

SONORAN ORTHOPAEDICS

10240 W. Indian School Rd., Suite # 115
Phoenix, AZ, 85307
PHONE : (480) 582-9833
FAX: (480) 874-2041

General:

Estatura _____ Peso _____

Cambio de peso reciente No Sí

Piel:

Erupciones No Sí

Ictericia No Sí

Otro, explica: _____

Cabeza, ojos, ganancias, nariz, garganta y cuello:

Visión doble No Sí

Dolores de cabeza No Sí

Convulsiones No Sí

Mareos No Sí

Dificultades auditivas No Sí

Problemas de tiroides No Sí

Otro, explica: _____

Respiratorio:

Escupiendo sangre No Sí

Asma / Sibilancias No Sí

Dificultad para respirar No Sí

Pleuresía / Neumonía No Sí

Otro, explica: _____

Cardiovascular:

Dolor/angina de pecho No Sí

Dificultad para respirar No Sí

Dificultad para caminar (2 cuadras) No Sí

Problemas / ataques cardíacos No Sí

Arritmias cardíacas No Sí

Presión arterial alta No Sí

Soplo cardíaco No Sí

Hinchazón de manos, pies No Sí

Otro, explica: _____

Hematológico:

Tendencias sangrantes No Sí

Anemia No Sí

Enfermedad de la sangre No Sí

Otro, explica: _____

Gastrointestinal:

Úlcera péptica No Sí

Vómitos de sangre / comida No Sí

Enfermedad de la vesícula biliar No Sí

Problemas hepáticos No Sí

Hepatitis No Sí

Evacuaciones intestinales dolorosas No Sí

Sangrado con deposiciones No Sí

Heces negras No Sí

Hemorroides No Sí

Cambio reciente en los hábitos intestinales No Sí

Diarrea frecuente No Sí

Acidez estomacal No Sí

Calambres/dolor en el abdomen No Sí

¿La comida se pega en la garganta? No Sí

Genitourinario:

Micción frecuente No Sí

Ardor/dolor al No Sí

Sangre en la orina No Sí

Problemas renales No Sí

Incontinencia urinaria en los últimos 12 meses No Sí

Otro, explica: _____

Locomotor-Musculoesquelético:

Varices p No Sí

Artritis No Sí

Flebitis No Sí

Neuropsiquiátrico:

Pérdida del conocimiento No Sí

Convulsiones No Sí

Desmayos No Sí

Antecedentes psiquiátricos previos No Sí

Otro, explica: _____

Ginecológico:

Períodos de edad iniciados: _____ # de días que dura:_____ # de embarazos: _____ # de abortos espontáneos:_____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ # de niños:_____Resultados: _____

¿Ha recibido tratamiento para pruebas de Papanicolaou anormales: No Sí

Explicar el tratamiento:

¿Alguna vez ha tenido una infección pélvica? No Sí

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad venérea? No Sí

Explique_____

¿Practica exámenes mensuales de los senos? No Sí

SONORAN ORTHOPAEDICS

10240 W. Indian School Rd., Suite # 115
Phoenix, AZ, 85307
PHONE : (480) 582-9833
FAX: (480) 874-2041

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada por Sonoran Orthopaedics y cómo puede obtener acceso a esta información.

Por favor, revise este aviso cuidadosamente

Este aviso es requerido por ley para mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida (PHI) y para proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. La PHI es información que puede identificarlo y que se relaciona con sus operaciones de atención médica. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar la PHI para llevar a cabo el tratamiento, el pago u otros servicios de atención médica y para otros fines específicos que están permitidos o requeridos por la ley. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la PHI. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con la administración de nuestra oficina al (916)441-0400.

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información de salud, establecer políticas y procedimientos que rijan el comportamiento de nuestra fuerza laboral y socios comerciales, y proporcionar este Aviso de Prácticas de Privacidad, y cumplir con los términos de este aviso.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas y procedimientos para proteger la información de salud. Cuando realicemos un cambio significativo en la forma en que usamos o divulgamos la PHI, también cambiaremos este aviso. El nuevo aviso se publicará en la sala de espera de la clínica, y se puede recibir una copia por escrito a pedido.

Excepto para los fines relacionados con su tratamiento, para cobrar el pago de nuestros servicios, para realizar las funciones comerciales necesarias o cuando la ley lo permita o exija de otra manera, no usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito. Tiene derecho a revocar esa autorización en cualquier momento. No podemos retirar ninguna divulgación ya realizada con su consentimiento.

Sus derechos de información de salud

- OBTENGA UNA COPIA DE ESTE AVISO. Recibirá una copia de este aviso en su primera visita después de su publicación. A partir de entonces, puede ver una copia en nuestra sala de espera o solicitar una copia a nuestro personal.
- AUTORIZACIÓN PARA USAR/COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD. Antes de usar o divulgar su PHI, que no sea como se describe a continuación, obtendremos su autorización por escrito, que puede revocar en cualquier momento para detener el uso o divulgación futuros.
- ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD. Puede solicitar una copia de su información de salud que Sonoran Orthopaedics guarda en sus registros médicos / de facturación. Su solicitud debe enviarse por escrito. Podemos cobrar una pequeña tarifa por los costos de proporcionarle estas copias.
- MODIFIQUE SU INFORMACIÓN DE SALUD. Si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que se modifique el registro. Hable con su médico sobre esta información o llame a la administración de nuestra oficina al (916)441-0400.
- SOLICITAR COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL. Puede solicitar que cuando nos comuniquemos con usted sobre su información de salud, lo hagamos de una manera específica (ejemplos: en una determinada dirección postal o un número de teléfono en particular). Haremos todos los esfuerzos razonables para aceptar su solicitud.

SONORAN ORTHOPAEDICS

10240 W. Indian School Rd., Suite # 115
Phoenix, AZ, 85307
PHONE : (480) 582-9833
FAX: (480) 874-2041

- LIMITAR EL USO O LA DIVULGACIÓN DE SU PHI. Puede solicitar por escrito que restrinjamos el uso o la divulgación de su información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica o cualquier situación de emergencia para tratarlo. Consideraremos su solicitud y responderemos, pero no estamos legalmente obligados a aceptar si creemos que su solicitud interferiría con nuestra capacidad de tratarlo o cobrar el pago por sus servicios.
- CONTABILIDAD DE LAS DIVULGACIONES. Puede solicitar una lista de divulgaciones de su información de salud que hayamos realizado después del 14 de abril de 2003 por razones distintas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La divulgación que hagamos con su autorización por escrito no aparecerá en la lista.

Ejemplo de cómo podemos usar y divulgar la PHI

- Utilizaremos la PHI para el tratamiento. Ejemplo: La información obtenida por su médico, enfermera u otros miembros de nuestro personal se registrará en su registro y se utilizará para determinar el curso de su tratamiento médico. También podemos proporcionar dicha información a otros proveedores de atención médica involucrados con su tratamiento.
- Utilizaremos la PHI para el pago. Ejemplo: Es posible que se le envíe una factura a usted o a su compañía de seguros de salud. La información sobre o que acompaña a la reclamación puede incluir información que lo identifique a usted, su diagnóstico, los procedimientos realizados y los suministros utilizados en su tratamiento. En algunos casos, la información de su expediente médico se envía a su compañía de seguros.

- Utilizaremos la PHI para operaciones de atención médica. Ejemplo: Sonoran Orthopaedics puede usar la información en su registro para evaluar la atención y el tratamiento recibido. Esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que brindamos.

- Utilizaremos la PHI para la notificación. Ejemplo: Sonoran Orthopaedics puede usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención o su estado general. Los médicos y el personal, utilizando su mejor juicio, pueden revelar a un miembro de la familia, amigo personal cercano o cualquier otra persona que identifique, información de salud relevante para facilitar la capacidad de esa persona para ayudar en su atención o hacer los arreglos necesarios.

Otros usos y divulgaciones

- Citas: Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios / cambios de citas.

- Socios comerciales: Existen algunos servicios prestados en nuestra oficina a través de contratos con socios comerciales, como la transcripción de registros médicos, servicios de copia, soporte informático, etc. Cuando estos servicios son prestados por socios comerciales contratados, para que puedan realizar sus deberes particulares, les hemos pedido que firmen un acuerdo de confidencialidad verificando que salvaguardarán adecuadamente cualquier PHI.

- Comunicaciones relacionadas con la salud: Podemos comunicarnos con usted para brindarle referencias u otras alternativas y servicios de atención que puedan ser de su interés. Incluyendo la participación en estudios de investigación. Si el estudio proporciona algún tipo de tratamiento, el investigador proporcionará una explicación de los beneficios y riesgos de dicho tratamiento, y cómo se ven afectados sus derechos de PHI.

- Compensación de Trabajadores: Podemos divulgar su información de salud en la medida autorizada y necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

- Forenses, médicos forenses y directores de funerarias: Podemos divulgar la PHI según sea necesario y consistente con la ley aplicable para llevar a cabo sus funciones.

- Organizaciones de obtención de órganos: Si usted es un donante de órganos o tejidos, podemos divulgar la PHI de acuerdo con la ley aplicable con el propósito de la donación y el trasplante de tejidos.

- Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, como un servicio social o una agencia de servicios de protección, si creemos razonablemente que usted es víctima de negligencia de abuso o violencia doméstica. Solo divulgaremos este tipo de información en la medida requerida por la ley.

- Salud pública: Podemos divulgar la PHI según lo exija la ley a las autoridades legales o de salud pública relacionadas con la prevención o el control de enfermedades, lesiones o

SONORAN ORTHOPAEDICS

10240 W. Indian School Rd., Suite # 115
Phoenix, AZ, 85307
PHONE : (480) 582-9833
FAX: (480) 874-2041

discapacidades.

- Aplicación de la ley / Problemas legales: Podemos divulgar su PHI para fines de aplicación de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida, un tribunal o una orden administrativa.

- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos usar y divulgar la PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público u otras personas.

- Institución correccional: Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar la PHI a la institución o a sus agentes cuando sea necesario para su salud o la salud y seguridad de los demás.

- Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos divulgar a la FDA su PHI relacionada con eventos adversos con respecto a medicamentos, alimentos, suplementos nutricionales, productos y defectos de productos, o vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos.

- Fabricantes de dispositivos: Si recibe un dispositivo médico que se implanta o que se utiliza para funciones de soporte vital, podemos divulgar la PHI según lo exija la ley al fabricante del dispositivo para fines de seguimiento / investigación. Puede negarse a autorizar la divulgación de su nombre e información de contacto.

- Militares y veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar la PHI según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar la PHI sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar correspondiente.

- Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: Podemos divulgar phi a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos divulgar la PHI a funcionarios autorizados para que puedan brindar protección al presidente y otros líderes gubernamentales, o realizar investigaciones especiales.

- Supervisión regulatoria: Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones e inspecciones, según sea necesario para nuestros programas gubernamentales, y el cumplimiento de los derechos civiles.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR DE UN PROBLEMA

Si tiene preguntas, desea información adicional o desea solicitar una copia actualizada de este aviso, puede comunicarse con la administración de la oficina en Surgical Affiliates Management Group Inc. (916)441-0400.

Si cree que no hemos protegido adecuadamente su privacidad, ha violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre sus derechos, puede comunicarse con nuestra oficina. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la oficina de Derechos Civiles, , W., Room 509 HHH Building, Washington, D.C. 20201. Hubert H. Humphrey Building200 Independence Avenue, Sonoran Orthopaedics se asegurará de que la atención que reciba no se vea afectada de ninguna manera si presenta una queja. 31-1-13

SONORAN ORTHOPAEDICS

10240 W. Indian School Rd., Suite # 115
Phoenix, AZ, 85307
PHONE : (480) 582-9833
FAX: (480) 874-2041

Estimado paciente:

Esta carta se utilizará como el reconocimiento de que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sonoran Orthopaedics. El aviso describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a cómo podemos usar la información sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información.

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sonoran Orthopaedics.

Nombre de impresión: _____

Firma _____

Si no está firmado por el paciente, por favor indique la relación:

- ☐ Padre o tutor del paciente menor de edad
- ☐ Tutor o curador de un paciente incompetente
- ☐ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

Nombre del Paciente: _____

Proporcione los nombres de aquellos a quienes usted acepta que se pueda proporcionar información:

_____
_____
_____

Solo para uso de la Oficina: Iniciales del personal de Oficina: _____

Complete lo siguiente solo si el paciente se niega a firmar el Acuse de recibo:

Razones de rechazo: _____

_____