

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo _____ Fecha _____

Dirección de envío _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Años ____ Seguridad Social# _____ Teléfono móvil _____

Dirección de correo electrónico _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación: _____

Nombre del seguro primario _____ número de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del seguro secundario _____ número de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____

RAZÓN PARA REFERIR _____

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU FARMACIA PREFERIDA

Las categorías de raza y etnia se basan en los estándares publicados en el Registro Federal y son **OBLIGATORIAS POR MEDICARE / MEDICAID** Regla de “uso significativo”. Esto es muy similar a la información que puede haber reportado en la Encuesta del Censo de EE. UU. Entendemos que puede sentir que estas categorías no se aplican a usted, o puede que no reflejen cómo se identifica, pero estamos obligados a seguir estas normas sin excepciones.

Género: Masculino Hembra

Raza: Indio americano Asiático / isleño del Pacífico Afroamericano Caucásico Otro Negarse a informar

Etnicidad: Hispano No Hispano Unknown Negarse a informar

Preferencia de Idioma: Inglés Otro Especifique si no es inglés _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Número de niños _____

INFORMACIÓN MÉDICA

HISTORIAL MÉDICO PASADO: Enumere cualquier problema médico que pueda tener:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

HISTORIAL QUIRÚRGICO / DE TRAUMA: Enumere las operaciones o lesiones que ha tenido, junto con el mes, año y hospital:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

LISTADO DE MEDICAMENTOS: Enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Enumere TODAS LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

¿ES ALÉRGICO AL LÁTEX, MARISCOS O YODO? SÍ NO

COMPRUEBE si ha tomado lo siguiente en el último mes: Prednisone Coumadin Aspirin/Motrin/Naproxen

¿ESTÁ USTED ACTIVAMENTE EN UN PROGRAMA DE MANEJO DEL DOLOR? SÍ NO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

REVIEW OF SYMPTOMS: Place an "X" in the box for **ALL SYMPTOMS** below you have experienced recently.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebres | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Dolor de abdomen superior |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Pulso irregular | <input type="checkbox"/> Dolor de abdomen bajo |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Peso | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Aumento _____ lbs | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Pérdida _____ lbs | <input type="checkbox"/> Heces con sangre | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Use anteojos / lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Dolor articular / muscular |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Ankle swelling | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Cambios de lunares |
| <input type="checkbox"/> Secreción nasal | <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados | <input type="checkbox"/> Bulto / dolor en los senos |
| <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Mareo |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo/Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar |
| <input type="checkbox"/> Crecimiento excesivo del cabello | | |

HISTORIA SOCIAL:

Empleador: _____ Ocupación: _____

¿Realiza algún trabajo pesado a diario? Sí No

¿Fumas? Sí No ¿Cuántos paquetes por día? _____ ¿Dejar de fumar? _____

Otro consumo de tabaco (tabaco de mascar, puros, pipa, cigarrillos electrónicos): _____

¿El consumo de drogas? Sí No

Describe su consumo de alcohol: Ninguno Ocasional 1-2 bebidas al día > 2 bebidas al día

HISTORIA FAMILIAR: marque (M) para la madre y (F) para el padre junto al elemento si tiene parientes de primer grado con los siguientes cánceres o enfermedades:

_____ Cardiopatía _____ Carrera _____ Aneurisma _____ Hipertensión _____ Diabetes Mellitus

_____ Cáncer Si cáncer de qué tipo: _____

HENDERSONVILLE

353 New Shackle Island Road | Suite 241C
Hendersonville, TN 37075
615.264.5850 | fax 615.612.0640

SKYLINE

3443 Dickerson Pike | Suite 270
Nashville, TN 37207
615.612.0760 | fax 615.612.0640

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento a lo siguiente:

- Entiendo completamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.
- Tengo la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocado por escrito.
- Yo, el abajo firmante, reconozco que Advanced Surgical Associates usará y divulgará mi información con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.
- **EI TRATAMIENTO** incluye, pero no se limita a: la administración y realización de todos los tratamientos: la administración de cualquier anestésico necesario, el uso de medicación prescrita, la realización de procedimientos pueden considerarse necesarios o aconsejables en el tratamiento de este paciente, la toma y utilización de cultivos y / u otras pruebas médicamente aceptadas, todas las cuales, a juicio del médico tratante, se consideran médicamente necesarias
- **PAGO** Por la presente autorizo que el pago de los servicios que recibí de Advanced Surgical Associates se realice directamente a Advanced Surgical Associates. Reconozco la divulgación de mis registros médicos a terceros aseguradores o personas autorizadas a quienes la divulgación es necesaria para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados. Soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos, incluidos, entre otros, coseguros, copagos y deducibles. Reconozco que también soy responsable de los honorarios de cobranza, costos judiciales, honorarios de abogados, cualquier otro cargo incurrido por la agencia de cobranza o los médicos de Advanced Surgical Associates pueden interrumpir la atención de cualquier paciente debido a falta de pago o cuentas enviadas a cobranza. Entiendo que es política de Advanced Surgical Associates recibir el pago antes o al momento de la cita para un paciente sin seguro / pago por cuenta propia.
- **REFERENCIAS** Entiendo que todos los pacientes que tengan seguro y requieran una remisión para servicios de cirugía deberán presentar la remisión antes de que se brinden los servicios. Cualquier paciente que busque un servicio sin una remisión debe pagar el servicio por adelantado o reprogramar la cita.
- Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original. Esta autorización se aplica a todas las ocasiones de servicio hasta que sea revocada.

Firma del paciente / tutor

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Hay una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA en la sala de espera.

- He recibido mi copia de la Nota de prácticas de privacidad
- Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y la rechacé.

Firma del paciente

Fecha

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

Nuestro ENFOQUE principal es reducir su dolor a un nivel tolerable a corto plazo (aproximadamente dos semanas)

El OBJETIVO de esta política es:

- (1) Eduque a los pacientes que no siempre es posible la resolución completa del dolor.
- (2) Y, para enfatizar, como su cirujano, lo ayudamos con problemas de dolor a corto plazo, no con dolor crónico.

Nuestros pacientes deben comprender lo siguiente:

- No se surtirá ningún medicamento para el dolor después de horas.
- No se renovararán medicamentos para el dolor los fines de semana.
- No se renovararán medicamentos para el dolor en días festivos.
- Si necesita reabastecimiento de analgésicos, comuníquese con nosotros durante el horario laboral normal.
- Advanced Surgical Associates no contribuirá ni tolerará la adicción a los analgésicos o el uso prolongado.
- Según la ley estatal de Tennessee, las sustancias controladas (como Percocet, Norco, etc.) solo se pueden recetar para dolor postoperatorio por una duración de 3 días (o suministro de 3 días). **No se darán recargas.**

Gracias por su consideración de antemano.

Firma del paciente _____ Fecha _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Al firmar a continuación, autorizo a Advanced Surgical Associates a divulgar mi información médica y de facturación a:

RELACIÓN

NOMBRE DEL PERSONA DESIGNADO

ESPOSO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
NIÑOS	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
EN LEYES	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
CUIDADORES	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
PADRES	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
OTROS	_____		

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DE LOS PADRES _____ FECHA _____

Le pedimos que si tiene algún cambio en esta solicitud, informe a la recepcionista.

Advanced Surgical Associates puede dejar información de citas en mi correo de voz:

CASA	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
TRABAJO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
RELATIVO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Autorizo a las siguientes personas a recoger recetas, radiografías, etc.

RELACIÓN

ESPOSO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
RELATIVO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
CUIDADOR	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Cobramos una tarifa fija de \$ 20 por 1-5 páginas más .50 por página adicional y franqueo.

Entiendo que Advanced Surgical Associates solicitará la identificación de la persona que recoja la información o los productos médicos del paciente.