

UPPER VALLEY ORTHOPEDICS, PLLC & SPORTS MEDICINE

Board Certified Orthopedic Surgeons

Michael J. Larson, MD

Kevin M. Lee, MD

Travis R. Torngren, MD

Zackery J. Cleverley, PA-C

Información del paciente			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección: PO Box:		Ciudad/Estado:	Código postal:
Teléfono del trabajo:	Teléfono residencial:	Teléfono móvil:	
Número de Seguro Social:		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Contacto de Emergencia/Relación:		Teléfono:	
Correo electrónico:	Empleador:	¿Referido por?	
Parte responsable (si no es paciente)			
Nombre:		Relación con el paciente:	
Dirección de facturación:		Ciudad, Estado, Código postal:	
Teléfono del trabajo:	Teléfono residencial:	Teléfono móvil:	
Número de Seguro Social:	Empleador:	Correo electrónico:	
Información de seguros			
Sin embargo, nos complace facturar su seguro como cortesía para usted; es responsabilidad del paciente y/o tutor legal garantizar el pago de todos los servicios médicos prestados. Proporcione una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro.			
Primario	Compañía de seguros primaria:		Tarjeta proporcionada para escanear <input type="checkbox"/>
	Nombre del asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el paciente:
Secundario	Compañía de Seguros Secundaria:		Tarjeta proporcionada para escanear <input type="checkbox"/>
	Nombre del asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el paciente:
Terciario	Compañía de Seguros Terciarios:		Tarjeta proporcionada para escanear <input type="checkbox"/>
	Nombre del asegurado:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el paciente:
Si esta visita se debe a una herida, proporcione la fecha exacta de la herida:			
Por favor, indique qué tipo de accidente: <input type="checkbox"/> Coche <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro			
¿Hay un abogado involucrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del abogado:			

Asignación, liberación y responsabilidad financiera

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de información médica para procesar reclamos a mi compañía de seguros y solicito que los beneficios se paguen directamente a Upper Valley Orthopedics, PLLC. Se aplican regulaciones relacionadas con la asignación médica de beneficios. Entiendo y acepto que, independientemente de mis fuentes de seguro, soy en última instancia responsable del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.

Casos de compensación por accidentes/trabajadores: Para cualquier caso de compensación laboral, deberá proporcionar el transportista de compensación laboral, su número de reclamo y su ajustador de reclamos. Si no se proporciona esta información, esta será una cuenta de auto pagó y requeriremos un pago de \$200.00 en el momento del servicio. Los pacientes serán financieramente responsables de los servicios médicos relacionados con la compensación laboral si el seguro no paga en su totalidad, NO tratamos los casos de accidentes automovilísticos. Se requiere depósito de cirugía antes de la cirugía. Se pueden hacer arreglos de pago automático para cualquier saldo adeudado.

Acepto que la instalación Upper Valley Orthopedics, PLLC o cualquier otra agencia o agencia de cobro o servicio contratada por la instalación (en conjunto, en adelante, "cobradores") para cobrar cualquier dinero que le deba a la instalación pueda contactarme por teléfono o mensaje de texto a cualquier número dado por mí o asociado de otra manera con mi cuenta, incluyendo, pero no limitado a, números de teléfono celular / inalámbrico que pueden resultar en que incurra en cargos por la llamada o mensaje de texto. Entiendo que reconocen y aceptan que los recolectores pueden contactarme mediante dispositivos de marcación automática y a través de mensajes pregrabados, mensajes de voz artificiales o mensajes de correo de voz. Además, acepto que los cobradores puedan ponerse en contacto conmigo por correo electrónico a cualquier dirección de correo electrónico que proporcione a la instalación o que esté asociada con mi cuenta.

Fichado: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

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

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Upper Valley Orthopedics y autorizo a la Práctica a usar la información privada del paciente como se indica en el aviso. Beneficiarios de Medicare: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mí o en mi nombre por cualquier servicio que me proporcione Upper Valley Orthopedics, PLLC. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. He leído toda la información en este formulario y certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Este consentimiento es válido desde la fecha de ejecución hasta que sea revocado por escrito por mí mismo. Además, permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

Me presento para el tratamiento y doy mi consentimiento a mi médico y a quien sea que designen como su asistente, asociado, médico tratante y personal de atención al paciente para proporcionar mi atención. Dicha atención puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico, radiografías, resonancias magnéticas, inyecciones, yeso y férula y otros tratamientos y procedimientos que se consideran convenientes en el diagnóstico y tratamiento de mi afección. Me doy cuenta de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se puede hacer ninguna garantía o se ha hecho en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Upper Valley Orthopedics.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

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

Raza
Blanco Asiático Negro Indio
Hispano/Latino Otro Desconocido

Idioma preferido
Inglés Español Otro: _____

UPPER VALLEY ORTHOPEDICS, PLLC & SPORTS MEDICINE

Fecha:	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
--------	----------------------	----------------------

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

¿Cuándo ocurrieron los síntomas por primera vez o cuando ocurrió el accidente?

Si esto es un accidente, ¿cómo sucedió?

¿Alguna vez ha tenido estos síntomas antes? Sí No

¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo? Sí No

¿PARA QUÉ ESTÁ VIENDO AL PROVEEDOR HOY?

Brazo:	Derecha	Izquierda	Hombro	Codo	Antebrazo	Muñeca	Mano
Pierna:	Derecha	Izquierda	Cadera	Rodilla	Ternero/Espinilla	Tobillo	Pie

Describe el problema que está teniendo

¿Ha recibido tratamiento previo para su problema actual? Sí No

¿Le han tomado radiografías? Sí No ¿MRI? Sí No

¿Qué tipo de tratamiento?	Medicación	Inyección	Férula/Aparato ortopédico	Terapia	Prueba nerviosa
---------------------------	------------	-----------	---------------------------	---------	-----------------

¿Qué proveedor está viendo hoy?	Médico de Atención Primaria:
	Médico remitente:

¿Tiene un contrato de dolor o narcóticos con otro médico? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

Por favor, rodee su nivel de dolor en este momento: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EVALUACIÓN DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

¿Ha tenido una caída en los últimos 12 meses? ___ Sí ___ No

¿Usa un dispositivo de asistencia como un andador, una silla de ruedas o un bastón? ___ Sí ___ No

¿Está experimentando alguna dificultad para caminar o mantener el equilibrio? ___ Sí ___ No

¿Está tomando algún medicamento que le cause somnolencia o mareos? ___ Sí ___ No

¿Necesita ayuda para levantarse de una posición sentada? ___ Sí ___ No

¿Usa anteojos o le han diagnosticado cataratas? ___ Sí ___ No

¿Está tomando algún medicamento para la presión arterial o el ritmo cardíaco? ___ Sí ___ No

Nombre del paciente:		Fecha:
Médico de Atención Primaria:		Alergia a la cinta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Farmacia preferida:		Alergia al látex: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias	Medicación	Dosis y con qué frecuencia
Cirugías	Fecha	Doctor

Historial médico pasado: ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque todas las casillas pertinentes:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tiroides hipoactiva | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Dolor pecho/angina de pecho | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> SARM |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre (TVP) | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Infecciones renales | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Émbolo pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsión |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tiroides hiperactiva | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Embarazada |

Condiciones médicas adicionales que se están tratando actualmente: _____

Historial social: Por favor, marque todos los que se aplican

Consumo de cigarrillos/tabaco:

- Nunca fumó
 Dejar de fumar: Ex fumador
 Fuma diariamente- #packs por día _____
 Tabaco de mascar

Estado civil:

- Soltero
 Casado
 Divorciado
 Viudo
 Desconocido

Consumo de alcohol:

- Ninguno
 Menos de 1 bebida/día
 1-2 bebidas por día
 3 o más bebidas por día

Otro:

- Uso recreativo de drogas
 Vivir solo

Lugar de nacimiento _____ Ciudad de Residencia: _____

Ocupación _____ Cuánto tiempo? _____

Educación: _____ Mano dominante: Izquierda Derecha

Altura: _____ Peso: _____

Historia clínica familiar– familia inmediata: madre, padre, hermanos, hermanas, abuelos:

Edad		Condiciones o enfermedades	Si falleció, causa de
Padre			
Madre			
Hermanos'			

Revisión de sistemas: Compruebe cualquiera de las siguientes condiciones que ha tenido o tiene ahora

Salud general: Bueno Justo Pobre
 Reacción a la anestesia: Sí No Hipotermia maligna
 Tendencia a sangrar excesivamente: Sí No

Nervios centrales y psiquiátricos

Dificultad para dormir: Sí No
 Preocupado por la depresión: Sí No
 Preocupado por la ansiedad: Sí No
 Visión no corregible: Sí No
 Audición no corregible: Sí No
 Dolores de cabeza intensos: Sí No
 Desmayos: Sí No
 Convulsiones: Sí No

Urinario y gastrointestinal

Ardor al orinar: Sí No
 Urnición frecuente: Sí No
 Disminución fuerza micción: Sí No
 Dolor de estómago o ardor: Sí No
 Heces sueltas frecuentes: Sí No
 Estreñimiento frecuente: Sí No

Piel

Erupciones cutáneas frecuentes: Sí No
 Moretón fácilmente: Sí No
 Antecedentes de cáncer de piel: Sí No

Endocrino

Diabetes: Sí No
 Sed excesiva: Sí No
 Micción excesiva: Sí No

Cabeza, Orejas, Ojos, Nariz, Garganta

Dificultad para tragar: Sí No
 Drenaje del oído: Sí No
 Dolores de oído frecuentes: Sí No
 Usa anteojos/lentes de contacto Sí No
 Visión doble o borrosa: Sí No

Respiratorio y Cardiovascular

Tos: Sí No
 Dificultad para respirar: Sí No
 Dolor en el pecho: Sí No
 Palpitación/Aleteo corazón: Sí No
 Presión arterial alta Sí No

Musculoesquelético

Osteoartritis: Sí No
 Artritis reumatoide: Sí No
 Gota: Sí No
 Problema de espalda: Sí No
 Túnel carpiano: Sí No
 Rigidez articular: Sí No
 Calambres de piernas: Sí No
 Dolores musculares: Sí No
 Dolor en hombro(s): Sí No
 Articulaciones dolorosas Sí No
 Ciática: Sí No
 Articulaciones hinchadas Sí No
 Trauma en brazo: Sí No
 Trauma en la cadera: Sí No
 Trauma en la rodilla: Sí No
 Trauma en tobillo(s): Sí No
 Debilidad: Sí No

Firma del paciente: _____