

FORMULARIO DE HISTORIA

Nombre del paciente: _____

Fecha del accidente: _____

Sexo: Masculino Mujer

Mano dominante: Izquierda Derecha

Motivo de la visita: _____

Descripción de la lesión: _____

¿Fue atendido en la sala de emergencias por este problema: Sí No

¿Tiene alguna alergia: Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué es alérgico? Para: _____

¿Está tomando alguna medicación? Sí No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos aquí: _____

En una escala de 0 a 10 (siendo 10 el peor) qué tan intenso es su dolor: _____

¿Cuál es la calidad del dolor?

Agudo Sordo Apuñalamiento Palitante Dolor Ardor

El dolor es: constante intermitente (viene y va)

¿El dolor te despierta de tu sueño? Sí No

Experimento: Hinchazón Moretones Entumecimiento Hormigueo Debilidad

Historial médico (como enfermedad cardíaca, cáncer, artritis, diabetes, etc.):

¿Ha tenido algún procedimiento quirúrgico previo? Si es así, por favor enumere con la fecha de la cirugía:

Consumo de alcohol: Sí No

Tabaco Nosotrose: Sí No

En caso afirmativo, # _____/semana

En caso afirmativo, # _____/semana

PREGUNTAS SOBRE LESIONES

¿Es esta una lesión relacionada con un accidente? Sí No

¿Era usted el pasajero o el conductor: Pasajero Conductor

Dónde fue el impacto del accidente: Delantero Trasero Lateral

¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad? Sí No

¿Dónde ocurrió el accidente? Autopista abierta Luz de la calle Señal de alto
 Estacionamiento Otros _____

¿Ha comenzado algún tipo de terapia:

En caso afirmativo: Ubicación: _____

Fecha de inicio de la terapia y frecuencia: ____

¿Ha recibido algún otro tratamiento médico para esta lesión: Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Se ha tomado algún tiempo libre del trabajo debido a este accidente? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Qué parte del cuerpo está siendo tratada en este momento?



DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE PACIENTES Y CARTA DE PROTECCIÓN

Por la presente autorizo a OrthoMiami a proporcionar a mi abogado como se identifica a continuación un informe completo de cualquier registro médico y cargos relacionados con mi tratamiento.

Por la presente autorizo a dicho abogado a pagar directamente a OrthoMiami las sumas que puedan ser debidas y adeudadas por los servicios prestados a mí, y a retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda pagarse a usted, a mi abogado o a mí como resultado de la lesión por la cual he sido tratado. También estoy de acuerdo en informar de inmediato a OrthoMiami si algún otro abogado me representa, y que esta liberación y carta de protección se ejecutarán inmediatamente con mi nuevo abogado, si ocurren cargos.

Si una nueva liberación y carta de protección no se ejecuta inmediatamente después de un cambio de abogado, acepto que mis cargos completos serán inmediatamente vencidos y pagaderos.

Entiendo completamente que soy directamente responsable ante OrthoMiami por todos los cargos y facturas presentados por OrthoMiami por los servicios que me prestan. Este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional y la consideración de esperar el pago; También entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, sentencia o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, YA SEA PAGADOS O NO POR MI SEGURO. ADEMÁS, RECONOZCO QUE EN EL CASO DE QUE ORTHOMIAMI SE VEA OBLIGADO A CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA AGENCIA DE COBRANZA Y / O ABOGADO; SERÉ RESPONSABLE DE LA COBRANZA Y / O HONORARIOS LEGALES. POR LA PRESENTE AUTORIZO AL PROVEEDOR MÉDICO A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ASEGURAR EL PAGO DEL BENEFICIO. TAMBIÉN AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA EN TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGUROS Y COMO AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO QUE SE ENVIARÁ A ORTHOMIAMI EN 7800 SW 87TH AVENUE, #A110, Miami, FL 33173 POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS: ADMINISTRACIÓN Y REALIZACIÓN DE TODOS LOS TRATAMIENTOS, REALIZACIÓN DE DICHOS PROCEDIMIENTOS, USO DE MEDICAMENTOS RECETADOS, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y CULTIVOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS O ACONSEJABLES EN EL TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE. REALIZACIÓN DE OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO MÉDICAMENTE ACEPTADAS QUE PUEDAN CONSIDERARSE MÉDICAMENTE NECESARIAS O ACONSEJABLES SEGÚN EL JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE O SUS DESIGNADOS ASIGNADOS. 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 UN DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICO. EL CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN PLENO VIGOR HASTA QUE SE REVOQUE POR ESCRITO. YO, EL ABAJO FIRMANTE, RECONOZCO QUE ORTHOMIAMI USARÁ Y DIVULGARÁ MI INFORMACIÓN CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA COMO SE DESCRIBE EN EL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD. LA FOTOCOPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO SE CONSIDERARÁ TAN VÁLIDA COMO LOS PACIENTES ORIGINALES DE MEDICARE. AUTORIZO A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL O SUS INTERMEDIARIOS PARA MIS RECLAMOS DE MEDICARE. RECONOZCO QUE HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE ORTHOMIAMI. ENTIENDO QUE SI TENGO PREGUNTAS O QUEJAS, DEBO COMUNICARME CON LOS FUNCIONARIOS DE PRIVACIDAD. CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y CONSIENTO PLENA Y VOLUNTARIAMENTE SU CONTENIDO.

Consentimiento de los pacientes – Autorizaciones – y Asignaciones de Beneficios

ASIGNO LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR LOS SERVICIOS A ORTHOMIAMI, Yo, el paciente / asegurado abajo firmante a sabiendas, voluntaria e intencionalmente asigno los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil, también conocido como Protección contra lesiones personales y póliza de pagos médicos del seguro al proveedor de atención médica con el título anterior, entiendo que es la intención del proveedor aceptar esta asignación de beneficios en lugar de exigir pagos en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que este documento permitirá al proveedor presentar una demanda contra la aseguradora por el pago de los beneficios del seguro y buscar daños de la aseguradora según el estatuto de Florida 627.428.

RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de ORTHOMIAMI o me han ofrecido una copia para su revisión. Los médicos y el personal de ORTHOMIAMI tienen mi permiso para hablar con cualquier familia / amigos que designe por escrito en referencia a mi atención médica.

Nombre del responsable: _____

Firma del responsable: _____

Fecha _____