

Nombre del paciente: _____ Sexo: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ SSN # _____

Empleador: _____ Idioma de preferencia: _____ Raza: _____

Correo electrónico: _____ Fecha nacimiento: _____ Teléfono: _____ Edad: _____

Empleador del cónyuge: _____ Teléfono del trabajo: _____ SSN # _____

Nombre del padre: _____ Fecha nacimiento: _____ Teléfono: _____ Edad: _____
(si el paciente es menor de edad)

Empleador del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____ SSN # _____

Nombre de la madre: _____ Fecha nacimiento: _____ Teléfono: _____ Edad: _____
(si el paciente es menor de edad)

Empleador de la madre: _____ Teléfono del trabajo: _____ SSN # _____

Persona responsable del pago: _____ Teléfono: _____

Amigo o pariente más cercano que no vive con usted: _____ Teléfono: _____

Fecha de la lesión: _____ Es una lesión: Relacionada con el trabajo ___ Accidente automovilístico ___ Otro ___

Área del cuerpo lesionada: _____ Derecho: _____ Izquierdo: _____

Nos complace facturar su seguro como cortesía para usted, sin embargo, es responsabilidad del paciente y/o tutor legal garantizar el pago de todos los servicios médicos prestados. Por favor, proporcione una copia de su tarjeta.

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Nombre de la empresa: _____ ID del abonado#: _____ Grupo#: _____
 Titular de la póliza: _____
 Dirección del asegurado: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la empresa: _____ ID del abonado#: _____ Grupo#: _____
 Titular de la póliza: _____
 Dirección del asegurado: _____

Acepto la responsabilidad del pago a Casey I. Huntsman, M.D., Jason G. Dalling, M.D., y/o Brandon Mennear, M.D. por cualquier parte de la cuenta que la compañía de seguros no pague. En el caso de que no tenga seguro de salud, acepto aceptar la responsabilidad del pago de mi cuenta con un pago aplicado a la cuenta cada mes. Todos los saldos de más de 120 días se evaluarán a una tasa de interés del 1% mensual (12% A.P.R.)

Autorizo a Casey I. Huntsman, M.D., Jason G. Dalling, M.D., y/o Brandon Mennear, M.D. a divulgar cualquier información relacionada con mi atención médica a las compañías de seguros. Autorizo a cualquier centro de atención médica a proporcionar toda la información sobre mi historial médico a Casey I. Huntsman, M.D., Jason G. Dalling, M.D., y/o Brandon Mennear, M.D. Asigno a Huntsman Orthopedic Surgery and Sport Medicine, P.A., Dalco Orthopedics & Sports Medicine PLLC, y/o Mennear Orthopedics, PLLC todos los beneficios de la atención quirúrgica y médica, pagaderos bajo la póliza anterior.

Fecha: _____ Responsable: _____

ORTHOPEDIC SPECIALIST OF IDAHO

CASEY I. HUNTSMAN, M.D. - HUNTSMAN ORTHOPEDIC SURGERY AND SPORT MEDICINE PA.

JASON G. DALLING, M.D. - DALLCO ORTOPEDIA Y MEDICINA DEPORTIVA, PLLC.

BRANDON MENNEAR, M.D. - MENNEAR ORTHOPEDICS, LLC.

3300 Washington Parkway

Idaho Falls, ID 83404

Teléfono: 208-522-6662

Fax: 208-522-0880

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

A partir del 14 de abril de 2003, las regulaciones federales revisadas restringen el uso y la divulgación de su información médica privada (IMP) por parte de nuestra práctica y otras organizaciones. Ha sido, y sigue siendo, la política de nuestra práctica proteger la privacidad de la información de salud de nuestros pacientes y cumplir con cualquier regulación con respecto al uso y divulgación de la información de salud del paciente. A continuación se resume la nueva ley y bajo qué circunstancias puede divulgarse.

Divulgaciones permitidas:

Nuestra práctica está autorizada a usar y divulgar su IMP para fines de tratamiento, pagos y propósitos de atención médica. Estos usos incluyen compartir su IMP con otros proveedores de atención médica para confirmar un diagnóstico, usar su IMP para facturar con precisión los servicios que le brindamos, proporcionar su IMP a su compañía de seguros para su reembolso, recordarle citas y como parte de nuestro programa de mejoras de la calidad.

También se nos permite divulgar su IMP de conformidad con las pautas descritas por la ley y cuando así lo exijan otras agencias gubernamentales. También podemos divulgar su IMP a familiares, parientes o amigos personales cercanos cuando la información que divulguemos sea relevante para la persona y su cuidado o sea necesaria para ayudar en su atención médica (por ejemplo, recoger recetas u otros documentos, seguimiento de instrucciones de cuidado, etc.)

Divulgaremos su IMP cuando lo derivemos a otros médicos o proveedores de atención médica. Finalmente, nos reservamos el derecho de cambiar la práctica de privacidad descrita en este aviso según lo permita o exija la ley y de hacer que dicho cambio sea efectivo para toda la información de salud protegida.

Divulgaciones restringidas:

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su IMP y a solicitar que se modifiquen partes de su IMP. Sin embargo, nuestra práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas o a modificar su IMP de la manera que usted solicite. También tiene derecho a revisar y a recibir una copia de su IMP, pero debe pagar un cargo razonable por el proceso y los costos asociados con la copia de su IMP. Finalmente, usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud.

Autorización para otros usos:

Nuestra práctica hará otros usos y divulgación de su información médica protegida solo después de obtener su autorización por escrito. Si usted autoriza un uso no contenido en esta nota, puede revocar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito que desea revocar su autorización.

Inquietudes:

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con Cara M. Havens, 3300 Washington Parkway, Idaho Falls, ID 83404 al 208-522-6662 o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Ninguna persona será objeto de represalias por presentar una queja.

Reconocimiento:

Reconozco que he recibido este sumario y una copia, si es solicitada, del Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información privada de salud.

Firma del paciente

Fecha

ORTHOPEDIC SPECIALIST OF IDAHO

CASEY I. HUNTSMAN, M.D. - HUNTSMAN ORTHOPEDIC SURGERY AND SPORT MEDICINE PA.

JASON G. DALLING, M.D. - DALLCO ORTOPEdia Y MEDICINA DEPORTIVA, PLLC.

BRANDON MENNEAR, M.D. - MENNEAR ORTHOPEDICS, LLC.

3300 Washington Parkway

Idaho Falls, ID 83404

Teléfono: 208-522-6662 Fax: 208-522-0880

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____

Médico de referencia: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Su nombre (en imprenta): _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Por qué lo están atendiendo hoy? _____

2. ¿Cuándo ocurrió el accidente o comenzaron los síntomas? _____

3. Si fue una lesión, ¿dónde y cómo sucedió? _____

4. ¿Es esto un reclamo de compensación para trabajadores? _____

5. ¿Tiene algún antecedente de este o de un problema similar anterior a su condición actual? _____

6. ¿Quién es su médico primario? _____

7. ¿Qué farmacia utiliza? _____

8. Por favor, escriba una lista de los medicamentos que está tomando actualmente, recetados y de venta libre.

Nombre del medicamento	Dosis (ejemplo, 10mg)	¿Con qué frecuencia?

Alergias (incluya todas las alergias a los medicamentos y describa la reacción).

9. ¿Toma alcohol? No Sí. ¿Cuántas veces por semana? _____

¿Fuma o mastica tabaco? No Sí ¿Cuántos por día? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

10. ¿Es usted diestro o zurdo? _____

11. Altura: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

12. ¿Hace ejercicios regularmente? No Sí ¿De qué tipo y con qué frecuencia? _____

13. Fecha de su última vacuna contra la gripe: _____ Fecha de la última vacuna contra la neumonía: _____

14. Enumere cualquier fractura u otra lesión grave con fecha y tipo: _____

15. Lista de operaciones y fechas: _____

16. **Historial ortopédico.** Por favor, verifique cualquiera de las siguientes condiciones que ha tenido o tiene ahora.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cartílago desgarrado | <input type="checkbox"/> Esguinces articulares | <input type="checkbox"/> Dolor de cuello o espalda |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Infección articular | <input type="checkbox"/> Articulaciones dislocadas | <input type="checkbox"/> Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Articulaciones rígidas |
| <input type="checkbox"/> Músculos o tendones desgarrados | <input type="checkbox"/> Problemas con los que nació | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Use bastón/andador |
| | | | <input type="checkbox"/> Dolor en articulaciones |

17. **Historial médico anterior.** Por favor, verifique cualquiera de las siguientes condiciones que ha tenido o tiene ahora.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta. | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Colitis o Crohn | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Infecciones por estafilococos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Gafas correctivas | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Pérdida de sensibilidad |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para oír | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza intenso | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar |

18. Describa cualquiera de los problemas que ha marcado en la lista anterior o que no están en la lista.

19. **Historia familiar.** Familia inmediata: madre, padre, hermanos, hermanas, abuelos:

- Artritis _____
- Problemas cardíacos _____
- Diabetes _____
- Cáncer _____
- Otro: _____

ORTHOPEDIC SPECIALIST OF IDAHO

CASEY I. HUNTSMAN, M.D. - HUNTSMAN ORTHOPEDIC SURGERY AND SPORT MEDICINE PA.

JASON G. DALLING, M.D. - DALLCO ORTOPEDIA Y MEDICINA DEPORTIVA, PLLC.

BRANDON MENNEAR, M.D. - MENNEAR ORTHOPEDICS, LLC.

3300 Washington Parkway

Idaho Falls, ID 83404

Teléfono: 208-522-6662 Fax: 208-522-0880

En el caso de no poder tomar sus decisiones médicas, ¿quién las tomaría por usted?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

PROTECCIÓN DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

- Doy mi consentimiento para hablar con mi cónyuge sobre mi atención médica.
- Doy mi consentimiento para dejar información en mi contestador automático acerca de mi atención médica y resultados de estudios.
- Doy mi consentimiento para hablar con mis hijos u otros miembros de la familia involucrados con mi atención médica.

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Otro. Por favor, describa: _____

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ACTUALIZACIÓN - REVISIÓN DE LOS SISTEMAS
(Una revisión de los problemas que está teniendo actualmente)

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

CONSTITUCIONAL

- Cambio de peso reciente
- Escalofríos
- Fiebre
- Cambio de apetito

HEENT

- Cambio en la visión
- Cefaleas
- Dolores de oído
- Dolor de garganta
- Ronquera

CARDIOVASCULAR

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Hinchazón de pies o manos
- Calambres/cojera en las piernas

RESPIRATORIO

- Sibilancia
- Dificultad para respirar
- Tos
- Congestión torácica

GASTROINTESTINAL

- Diarrea
- Heces con sangre
- Náuseas
- Vómito
- Estreñimiento

GENITOURINARIO

- Sangre en la orina
- Ardor/dolor al orinar
- Micción frecuente
- Incontinencia
- Urgencia

MUSCULOESQUELÉTICO

- Músculo débil
- Atrofia
- Hinchazón de las articulaciones
- Dolor en las articulaciones

TEGUMENTARIO (PIEL)

- Erupción o picazón
- Úlceras
- Lesiones

NEUROLÓGICO

- Entumecimiento (pies, manos)

- Debilidad

PSIQUIÁTRICO

- Pérdida de memoria
- Depresión

- Ansiedad

ENDOCRINO

- Sensible al frío
- Sensible al calor

HEMATOLOGÍA/LINFÁTICO

- Anemia
- Sangrado fácilmente
- Moretones fáciles
- Glándulas agrandadas

ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO

- Rinitis
- Picazón
- Infecciones
- Alergia al látex

Alergias alimentarias:

Alergias a medicamentos:

Alergias ambientales:

