

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

Padres/Legal consentimiento de Guardia para el tratamiento de menor

Los abajo firmantes, padres/legales guardián de _____ menor, hacemos por este medio consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, diagnóstico médico o cirugía o tratamiento y hospital servicio que puede ser prestado a dicho menor, en general específico o instrucciones especiales de _____ M.D., si tal diagnóstico o tratamiento es presente en la oficina del dicho médico o del hospital autorizado por el estado de California.

Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier diagnóstico específico o tratamiento de ser necesario, pero se da a aquellas personas que tienen la custodia temporal de mi hijo o hijos, y el médico, para ejercer su mejor criterio en cuanto a los requisitos de diagnóstico o tratamiento médico.

Este consentimiento permanecerá efectivo hasta el _____ día de _____, 20____, a menos que sea revocada por escrito entregado a dicho médico o la persona encargado de la custodia, cuidado y control de dicho menor de edad o niños.

FECHA: _____

MADRE, PADRE, O TUTOR DE LEGAL: _____

FIRMA: _____

TESTIGO: _____

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

FORMA VOLUNTARIA AUTORIZACIÓN EXPRESA

Yo, _____ consumidor entiendo que al contratar los servicios de Orthopaedic Medical Group or Athletic Rehabilitation Center Inc., "Proveedor" será importante para el proveedor de servicios o "Entidades autorizadas" para poder comunicarse conmigo y tener información de contacto actual para mí.

Autorizados entidades: El término "Entidades Autorizados" se entenderá la anterior hace referencia a servicios, facturación de servicios, cualquier proveedor de atención médica relacionados con médico, proveedor, contratista, contratista independiente, los incluyendo pero no limitado a, que se encuentran en la misma ubicación física como proveedor de servicios o a que se ha referido técnico proveedor servicios y cada uno de sus respectivos sucesores, asigna, agentes, representantes, empleados, socios, padres, subsidiarias, afiliadas y facturación de servicios, agencias de cobro, de cualquiera de las personas y entidades mencionadas anteriormente y todas las corporaciones, personas o entidades en la privacidad con cualquiera de ellos.

Comunicación voluntaria consentimiento: Por este medio voluntariamente doy consentimiento para proveedor de servicios o las entidades autorizadas para ponerse en contacto conmigo, mi esposo, y donde aplicable tutor legal o representante, mediante un automático sistema de marcación o una voz artificial o pregrabada, correo electrónico o vía mensajes de texto y otras formas de comunicación electrónica. También doy mi consentimiento voluntario para las entidades autorizadas para comunicarse conmigo por cualquier motivo en cualquier número de teléfono o teléfono celular o correo electrónico proporcione o puede utilizar, sin importar cómo proporcionar servicio o las entidades autorizadas obtiene dicha información de contacto. Proveedor del servicio y autorizado entidades tratarán cualquier dirección de correo electrónico que proporcione, privado que no sea accesible por terceros no autorizados.

Entiendo que mi acuerdo con los términos de este formulario de Consentimiento Expreso Previo es opcional y no una condición de la voluntad de cualquier proveedor de servicios o de la entidad autorizada para prestar servicios a mí. Más me comprometo a notificar a proveedor de servicios y entidades autorizadas, si cualquier número de teléfono, dirección de correo electrónico u otra información de contacto proporcionado al proveedor de servicio o las entidades autorizadas cambia o ya no usado por mí. Estoy de acuerdo en que el consentimiento y la autorización que he proporcionado en este documento puede ser revocado sólo por escrito dirigida al proveedor del servicio y cualquier entidades autorizadas que esten en contacto conmigo.

Por la presente consiento y autorizo que una fotocopia de esta autorización puede ser considerada tan válida como la origina

FIRMA: _____

NOBRE ESCRITO: _____

FECHA: _____

NUMERO DE CASA: _____

NUMERO DE TELEFONO CELULAR: _____

DIRECION DE CORREO ELECTRONICO _____

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que bajo el **SEGURO DE SALUD Y PORTABILIDAD LEY DE RESPONSABILIDAD de 1996 ("HIPAA")**, tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica. Entiendo que esta información puede y será usado para:

Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.

Obtener el pago de terceros pagadores.

Llevar a cabo las operaciones normales de la salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He recibido, leído y entiendo su *Aviso de prácticas de privacidad* que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a modificar su aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia vigente de la notificación de prácticas privadas.

Entiendo que puedo pedir por escrito que usted restrinja como mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. También entiendo que no está obligados a aceptar mi pedidas de restricciones, pero si está de acuerdo entonces que están obligados a solicitud de restricciones.

NOMBRE DE PACIENTE: _____

RELACION A EL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

Por favor, póngase en contacto con los Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos para obtener más información sobre HIPAA

HHS
Oficina de derechos civiles
(202) 619-0257 (877) 696-6775 libre de peaje

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

Formulario de registro de pacientes de uso significativo:

En cumplimiento de la ley HITECH (HER) para lograr el uso significativo estamos obligados a capturar datos demográficos incluyendo su idioma, raza y origen étnico. Esto es una parte importante de su historial médico y nos ayudará en nuestro proceso de mejora de la calidad clínica. Por favor complete la siguiente información.

NOMBRE DE PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Raza:

- Afroamericano
- Árabe
- Asia
- Caucásico
- Filipino
- Hispana
- Otro

Origen étnico:

- Hispano
- No, hispano

Idioma principal:

- Árabe
- Chinese
- Ingles
- Frances
- Coreano
- Español
- Otro _____

Uso del tabaco:

- No: ___
- Actual cada día fumador: ___
- Fumador actual – es no fumar cada día; ___
- Ex fumador: ___

Historia de Rx: Sí: ___ No: ___ conceder permiso para ver el historial de prescripción de un paciente de externo fuentes.

FIRMA DE PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

Aviso al Paciente:

Ha sido necesario comenzar a cobrar una tarifa de servicio por no cancelar una cita por adelantado.

Como cortesía a nuestros pacientes se intenta llamar al paciente/garante para un recordatorio de la cita. Llamadas de recordatorios de citas no están garantizadas, y la tarifa no se renuncia si no se hace un recordatorio de la cita.

A partir de octubre de 2012 le cobrará un cargo por servicio de \$25.00 para citas no canceladas por lo menos 24 horas antes de la cita.

Para las citas perdidas por segunda vez- se le cobrará \$40,00, que se debe pagar antes de hacer una nueva cita.

Llegadas tarde a una cita- Si usted llega más de 15 minutos de retraso, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita, por lo que podemos satisfacer las necesidades de aquellos pacientes que llegaron a tiempo. Si esto ocurre, se considera una cita faltada y se cobrará una tarifa de \$25,00.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

A Nuestros Pacientes:

Este aviso ha sido preparado para informar a usted que ORTHOPEADIC MEDICAL GROUP and ATHLETIC REHABILITATION CENTER, INC. es una corporación de California y que las instalaciones ATHLETIC REHABILITATION CENTER y terapia física asocian con él es parte integrante de dicha Corporación.

Los médicos más desean informarle de que uno o más de los susodichos Cirujanos ortopédicos tienen interés beneficioso en los siguientes servicios sanitarios:

1. SAN GABRIEL VALLEY SURGICAL CENTER.
2. ATHLETIC REHABILITATION CENTER.
3. CASA COLINA SURGERY CENTER.

Creemos que los procedimientos y servicios médicos competentes y calificados son proporcionados por estas instalaciones. *Sin embargo, usted tiene el derecho absoluto a utilizar cualquier alternativa de su elección.* No están obligados a utilizar cualquier instalación se recomienda por su médico. Su médico estará encantado de recomendar y discutir otras instalaciones que proporcionan los mismos servicios médicos o procedimientos.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA DECLARACIÓN ARRIBA Y ME HAN CONTESTADO PREGUNTAS QUE TENGO RESPECTO A LA CUESTIÓN ANTERIOR.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

Autorización de Paciente y Formulario de Responsabilidad

NOMBRE DE PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

El abajo firmante, por la presente reconoce y acepta los siguientes términos y condiciones:

Autorizaciones/asignación de beneficios:

Por la presente autorizo y asignar pago beneficios debido mi bajo los términos de cualquier póliza de seguro o políticas que pueden cubrir el procedimiento realizados sobre mí o mi dependiente por Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center, Inc., (en lo sucesivo, OMG) directamente al OMG en la dirección designada por OMG en mi formulario de reclamación enviado a mi aseguranza _____. Estoy de acuerdo que pago al OMG en virtud de esta autorización/asignación por mi compañía de seguros ejercerá dicha aseguradora de todas obligaciones de la política en la medida de dicho pago. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable por cargos no cubiertos por esta autorización de asignación, y autorizo OMG a mi empleador a efectos de determinar la existencia y extensión de los beneficios de seguro de contacto.

Responsabilidad financiera:

Entiendo que mi compañía de seguros se ha anunciado como una cortesía y estoy de acuerdo que soy financieramente responsable para pagar cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguros. Si mi cuenta en mora, estoy de acuerdo en pagar intereses sobre el saldo adeudado en la cantidad máxima permitida por la ley. Si OMG compromete esfuerzos de cobranza para recuperar cualquier vencida asciende, estoy de acuerdo en pagar todos los costos razonables incurridos, incluyendo honorarios de abogado.

Autorización para divulgar información a OMG:

Autorizo a cualquier empresa, empleador, hospital, médico o utilización informe representante liberar a OMG cualquiera y toda información con respecto a mí o mi dependiente que tenga rodamientos en cualquier beneficio a pagar por mi compañía de seguros para el procedimiento realizado por OMG a mi o mi dependiente. Estoy de acuerdo en que esta autorización permanecerá efectiva durante un 1 año desde la fecha que se indica a continuación.

Designación de representante autorizado de apelación:

Por la presente designo a OMG o sus agentes autorizados como mi representante para perseguir mis derechos de apelación.

Firma del paciente o Representante **Nombre Legal** **Fecha**

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDeN:** _____

FECHA: _____

Ha tenido alguna cirugía o hospitalizaciones?: Sí o No

RAZÓN:

ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO: Sí o No

Favor, indique a continuación:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Es usted alérgico a cualquier medicamento?: Sí o No

Favor especifique y la reacción del estado:

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____ **DOB:** _____

HISTORIA FAMILIAR:

	Padre	Madre	Hermano(a)	Abuelo(a)
Enfermedades de corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerebro vascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desorden de la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historia familiar desconocida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HISTORIA SOCIAL:

¿Fumas actualmente? Sí o No. ¿Cuánto fumas por día? _____ Ex-fumador Y /N

¿Tomaste una bebida que contiene alcohol en el último año? Sí o No

En caso afirmativo, ¿Cuántos al día? ___ ¿Cuántas por semana o mes? _____

Rutina de ejercicios: _____

MUJERES:

¿Está embarazada? Sí o No

¿Planificación de embarazo? Sí o No

Orthopaedic Medical Group and Athletic Rehabilitation Center Inc.

1135 Sunset Ave. Ste.
#100
West Covina, Ca, 91790
(626) 918-6655 FAX: (626) 918-6633

14375 Pipeline Ave
Chino CA 91710
(909) 517-3835 FAX: (909) 517-3646
Physical Therapy: (909) 517-3884

412 W. Carroll Ste. #107
Glendora CA 91741
(626) 914-4890 FAX: (626) 963-8351

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____ **DOB:** _____

Actualmente tienes o recién ha tenido cualquiera de los siguientes: sí o No
(En caso afirmativo las que apliquen circule)

Constitucional

Frecuente frialdades
sudores nocturnos
Fatiga persistente o fácilmente
Fiebre
Ganancia de peso / pérdida de peso

Psiquiátrico

Depresión
Disturbios del sueño / insomnio

Vías respiratorias

Dificultad para respirar
Frecuente tos/Cronica

Alérgicas / inmunológicas

Alergia severa a comida
Alergia del látex
Infecciones frecuentes

Gastrointestinales

Dolor Abdominal
Sangre en heces / negro heces
Náuseas o vómitos

Cardiovascular

Dolor en el pecho
Palpitaciones o irregular del corazón
Venas varicosas
Hinchazón de pies o tobillos

Músculo-esquelético

Dolor en las articulaciones o hinchazón

Complicaciones de la anestesia

Sí ___ Yo, o miembro de la familia
No ___ no reacciones conocidas de
anestesia

Neurológica

Debilidad muscular o parálisis
Entumecimiento en brazos o piernas
Mareos o dolor de cabeza

Hematológicas

Sangrado fácil o duro para detener el sangrado
Moretones facil

FIRMA DEL PACIENTE: _____

REVISADO DE: _____ **FECHA:** _____

FECHA: _____

NOMBRE DE PACIENTE : _____ FDeN: _____

HISTORIA MEDICA (Marque todos que aplican)

Osteoporosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad vascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estomacales, intestinales o trastornos tales como trastornos gastrointestinales, úlceras o enfermedades vesícula biliar. En caso afirmativo indique: _____

Trastornos neurológicos tales- Como el Parkinson, la esclerosis múltiple, o convulsiones. En caso afirmativo, indique: _____

Enfermedades del corazón y o condiciones tales como soplos cardíacos, ataques al corazón, insuficiencia cardíaca, angina de pecho. En caso afirmativo, indique: _____

Afecciones respiratorias como asma, bronquitis, neumonía, EPOC, y otros. En caso afirmativo, indique: _____

Trastornos de la sangre o de la coagulación, como la hemofilia o la anemia. En caso afirmativo, indique: _____

Diabetes, en caso afirmativo especifique el tipo: _____

La artritis, en caso afirmativo especifique el tipo: _____

Cáncer, en caso afirmativo especifique el tipo: _____

Por favor, proporcione cualquier otra historial médico que le gustaría compartir: _____