

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Gracias por haber elegido nuestro consultoria con el Dr. Kessous. Por favor, llene este formulario en tinta. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude pedir ayuda. Tendremos mucho gusto en ayudarle. (Por favor, escribe en letra de molde).

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ EDAD: ____ SEXO: M F SEGURO SOCIAL # _____

DIRECCIÓN _____ APT # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DE LA CASA _____ CELULAR _____ EMAIL _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) / CASADO (A) / VIUDO (A) / DIVORCIADO (A) / SEPARADO (A)

ESTUDIANTE: TIEMPO COMPLETO / MEDIO TIEMPT / NO APLICABLE

EMPLEADOR O ESCUELA DEL PACIENTE _____ OCUPACIÓN _____ # DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR O ESCUELA _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NOMBRE DE SU CONYUGE O SU PADRE/MADRE _____ OCUPACIÓN _____ # DEL TRABAJO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____

MÉDICO PRIMARIO _____ ESPECIALIDAD _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

FARMACIA _____ DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI PACIENTE ES UN MENOR

EL NOMBRE DE GUARDIÁN LEGAL _____ RELACIÓN _____ SS# _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

EMPLEADOR _____ OCUPACIÓN _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

LA TUTELA PARA EL MENOR

Yo, el abajo firmante, en mi nombre o el de un menor de edad bajo mi tutela _____ (nombre del paciente/menor), acuerdan ser financieramente responsable por el costo de los servicios que el menor está a punto de recibir. También entiendo que si el servicio(s) no se pagan en su totalidad en el momento del servicio, autorizo Eran Kessous, MD, PC o su agente a la facture para mi todos los saldos pendientes. Ejecutado este ____ día de _____, 20____.

Firma del Guardian _____ Nombre del Guardian _____ Fecha _____

Además, entiendo que si el medico(s) de no participar con mi plan de seguro, soy responsable legal y financieramente para el pago de los servicios prestados.

Firma del Guardian _____ Nombre del Guardian _____ Fecha _____

Por favor, tenga en cuenta que puede cobrar por todas las citas que se cancelan con menos de 24 horas de antelación y para todas las citas perdidas.

Firma

Fecha

INFORMACIÓN DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO _____ GRUPO # _____ ID # _____

DIRECCIÓN DEL SEGURO _____ TELÉFONO _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: YO / ESPOSA / ESPOSA / NIÑO / OTRO: _____

INFORMACIÓN DE LA POLISA (Si es el diferente a la del paciente)

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: M F SEGURO SOCIAL # _____

EMPLEADOR _____ OCUPACIÓN _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

SEGURO SECUNDARIO _____ GRUPO # _____ ID # _____

DIRECCIÓN DEL SEGURO _____ TELÉFONO _____

INFORMACIÓN DE LA POLISA (Si es el diferente a la del paciente)

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ SEXO: M F SEGURO SOCIAL # _____

EMPLEADOR _____ OCUPACIÓN _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DOMICILIO _____ TELÉFONO _____

SI COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES, FECHA DE LA LESIÓN _____ RECLAMO # _____

NOMBRE DEL SEGURO _____ DIRECCIÓN _____

PERSONA DE CONTACTO _____ TELÉFONO _____

SI ACCIDENTE DE AUTO, FECHA DE ACCIDENTE _____ ESTADO _____ RECLAMO # _____

COMPAÑÍA DE SEGURO _____ POLISA # _____

CONTACTO _____ TELÉFONO _____

PIP FONDOS DISPONIBLES: SI / NO / NO ESTOY SEGURO NOMBRE DEL ABOGADO _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DEL ABOGADO _____

NOTA: LA INFORMACIÓN PRIMARIA DE SEGURO SE REQUIERE

LAS RESPONSABILIDAD DE PAGOS (LEER ATENTAMENTE)

Entiendo que tengo una obligacion personal y primaria para pagar todos los servicios medico's cuando se presentan y estoy de acuerdo de pagar las facturas. Ademas, entiendo que, Montgomery Sports Medicine Center podran presentar una facture a mi compañia de seguros para el pago a los servicios que me dan. Que el servicio no me exime de las responsabilidad personal para aserguar que la compañia de seguros realizar el pago de acuerdo al termino de mi polisa. Soy consciente de que el pago de seguros y reembolso no podra cubrir el saldo total por los servicios medico que reciba. Estoy de acuerdo en pagar el dinero en mi cuenta, si asi lo estiman necesario. Ademas estoy de acuerdo de pago de intereses en el saldo de mi cuenta pendiente si el balance se extiende mas alla de los treinta (30) dias siguientes. Estoy de acuerdo en pagar cualquier cargo adicional o costo incurido para cobrar los pagos de mi cuenta. Yo renuncio a mis derechos derivados de la ley de Maryland de la limitacion de la reconcilicion de mi cuenta sobresale de tres (3) años a partir de la fecha de servicios.

Por favor informar que hemos encontrado que la mayoría de las compañia de seguros tienen poco o ningun beneficio para equipo medico duradero (eslingas, rodillera, estetica, etc). Por lo tanto tenemos que obtener de usted la tarifa para el equipo en el momento del servicio. Los rodilleras hechas a medida son parcialmente cubiertos por los seguros. Nos prodermos en contacto con su seguro para verificar la cobertura. Gracias por su cooperacion. _____(Iniciales)

Solicito que el pago directo de presentaciones medicas autorizadas (incluyendo Medicare, Medigap, beneficios medicos) hacerse por Eran Kessous, MD PC de cualquier servicio medico. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sober mi divulgar esta informacion a mi compañia de seguros (o intermediaries) A la Health Care Financing Administration y su agents, a mis abogados, o a las oficinas de otros medicos. Tambien me permit una copia de esta autorizacion para ser utilizado en lugar de copia original. Estas asignacion se mentendra en efecto hasta que yo revoque por escrito esta autorizacion. Entiendo que debido a que estos servicios se relizaron para mis cargos legales financieramente responsable de todos los cambios sean o no pagados por la compañia de saguros.

Firma del Paciente/Responsable: _____ **Fecha:** _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo autorizo el pago directament a Montgomery Sports Medicine Center.

Se trata de una asignacion directa de mis derechos y beneficios bajo responsabilidad de pago.

Una fotocopia de esta asignacion se considerara tan efectiva y valida como el original.

INFORMACION

Toda la informacion proporcionada en este documento es verdadera y correcta.

Doy mi consentimiento para el tratamiento.

Y le doy permiso a Montgomery Sports Medicine Center para divulgar informacion, verbal y por escrito, que figura en mi expediente medico, y otra informacion, a mi compañía de seguros, una enfermera de rehabilitacion, encargado del caso, abogado, empresario, en la escuela professional de la salud relacionadas, cesionarias, o beneficiaries y todas las personas relacionadas en su relacion con mi tratamiento.

Yo autorizo Montgomery Sports Medicine Center para obtener los registros medicos o profesional de la informacion de mi medico y otros profesionales de la medicina el lo que respecta a mi tratamiento. Informacion sin indentificacion del paciente puede ser usada para fines de garantia de calidad.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (RECONOCIMIENTO FEDERAL DE HIPAA)

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgacion de mi informacion personal de la salud a los efectos de tratamiento, pago y aperaciones de atencion medica. He leido anterior y comprendo la informacion proporcionada asignacion de beneficios, reconozco que recibido aviso de las practicas de privacidad HIPAA y pagos garantia.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN: _____ **FECHA:** _____

¿CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD

NOMBRE: _____

1. Fecha: _____
2. ¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? _____
3. Localización de los síntomas: I / D / Ambos _____
4. Fecha de inicio de los síntomas: _____
5. ¿Qué síntomas o lesión ocurrió? _____
6. La severidad de los síntomas mayor o peor (1-10, 10 siendo peor?): _____
7. ¿Qué ha hecho mayor o peor los síntomas? _____
8. Lista de **problemas médicos** (por ejemplo, asma, diabetes, presión alta): _____
9. Lista de **previas cirugías**: _____ Ninguno
10. **Historial médico familiar**: _____ Ninguno
11. **Historial Social** (fumar, beber, consume de drogas): _____ Ninguno
12. Lista **actual de medicamentos**: _____ Ninguno
13. **Alergias a los medicamentos**: _____ Ninguno

14. **¿Que síntomas son que actualmente esta experimentado con cualquier de los siguientes?**
 - a) Ojos: _____ Ninguno
 - b) Oreja, nariz, garganta (por ejemplo, secreción nasal, dolor de garganta)? _____ Ninguno
 - c) Corazón (por ejemplo, dolor en el pecho, palpitaciones): _____ Ninguno
 - d) Respiratorios (por ejemplo, dificultad para respirar, tos recientes): _____ Ninguno
 - e) Gastrointestinales (por ejemplo, úlceras, dolores de estómago): _____ Ninguno
 - f) Piel (por ejemplo, piel): _____ Ninguno
 - g) Psiquiátricos (por ejemplo, la depression, la ansiedad): _____ Ninguno
 - h) Endocrinológicos (por ejemplo, enfermedad de la tiroides, diabetes): _____ Ninguno
 - i) Alergias: _____ Ninguno
 - j) Genitourinarias (por ejemplo, la incontinencia, disfunción sexual): _____ Ninguno
 - k) Musculosqueléticas/Reumatologicas (huesos, articulaciones): _____ Ninguno

15. Altura: _____ (ft) _____ (in) Peso: _____ (lbs)

16. Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____
17. ¿Qué de deportes que actualmente participa en? _____
18. ¿Cuántos días/semanas usted participa en los deportes? _____

*Nota: Si se prescribe a un programa terapéutico, puede incluir el ejercicio vigoroso. Si usted tiene alguna preocupación acerca de como iniciar un programa de ejercicios, por favor, háganosio saber y consulte con su medico de cabecera.

Firma del Medico



Montgomery Sports Medicine Center

**REPRESENTANTE PERSONAL, FAMILIA, AMIGOS U OTROS
ENTIDADES DE PERMISO AUTORIZADO A LA INFORMACION
DE SALUD PROTEGIDA A SER UTILIZADO Y/O DIVULGADO**

Nombre de personas y/o entidades especificas que usted autoriza a usar y divulgar su informacion de salud protegida relacionado con el pago del tratamiento, la facturacion o de otras aplicaciones de cuidado de salud.

Nombre de la persona autorizado o entidad	Relacion	Numero de teléfono
---	----------	--------------------

Nombre de la persona autorizado o entidad	Relacion	Numero de teléfono
---	----------	--------------------

Medicos y personal de Montgomery Sports Medicine Center a menudo contacta los pacientes durante el horario normal, pero son incapaces de llegar ellos. Debido al mandato federal regla de privacidad HIPAA, debemos obtener su autorizacion para perseguir este modo de comunicacion. Informacion de salud protegida que puede ser posiblemente revelada en su casa, el trabajo, o teléfono celular incluiria, pero no se limita a: resultados de las pruebas de la laboratory, receta/informacion del Farmacia y cita instrucciones.

____(Inicial) Si, estoy de acuerdo para permitir que los medicos y personal de MSMC para dejar mensajes que incluyen informacion de salud protegida en los siguientes dispositivos de comunicacion:

Numero de casa _____ Numero de celular _____ Numero de trabajo _____

____(Inicial) No, yo no estoy de acuerdo para permitir que los medicos y personal de MSMC para dejar mensajes que incluyen informacion de salud protegida en los siguientes dispositivos de comunicacion.

Firma da paciente	Fecha
-------------------	-------

**MSMC SOLO PERSONAL
INCAPAZ DE OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE POLITICAS DE HIPAA**

Trate de obtener una notificacion firmada de reconocimiento por parte del paciente, pero no pude por la siguiente razon:

MSMC Firma de empleado	Fecha
------------------------	-------