

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección de envío \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_ Seguridad Social# \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro primario \_\_\_\_\_ número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Soc. Del titular de la póliza Segundo# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario \_\_\_\_\_ número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Soc. Del titular de la póliza Segundo# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Razón para referir \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de su farmacia preferida \_\_\_\_\_

**Las categorías de raza y etnia se basan en los estándares publicados en el Registro Federal y son OBLIGATORIAS POR MEDICARE / MEDICAID Regla de "uso significativo". Esto es muy similar a la información que puede haber reportado en la Encuesta del Censo de EE. UU. Entendemos que puede sentir que estas categorías no se aplican a usted, o puede que no reflejen cómo se identifica, pero estamos obligados a seguir estas normas sin excepciones.**

**Género:**  Masculino  Hembra

**Raza:**  Indio americano  Asiático / isleño del Pacífico  Afroamericano  Caucásico  Otro  Negarse a informar

**Etnicidad:**  Hispano  No Hispano  Unknown  Negarse a informar

**Preferencia de Idioma:**  Inglés  Otro  Especifique si no es inglés \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

**HISTORIAL MÉDICO PASADO:** Enumere cualquier problema médico que pueda tener:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

**HISTORIAL QUIRÚRGICO / DE TRAUMA:** Enumere las operaciones o lesiones que ha tenido, junto con el mes, año y hospital:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

**LISTADO DE MEDICAMENTOS:** Enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

**Enumere TODAS LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS:**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

¿ES ALÉRGICO AL LÁTEX, MARISCOS O YODO?  SÍ  NO

COMPRUEBE si ha tomado lo siguiente en el último mes:  Prednisone  Coumadin  Aspirin/Motrin/Naproxen

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**REVIEW OF SYMPTOMS:** Place an "X" in the box for **ALL SYMPTOMS** below you have experienced recently.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebres                           | <input type="checkbox"/> Falta de aliento               | <input type="checkbox"/> Dolor de abdomen superior     |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos                 | <input type="checkbox"/> Pulso irregular                | <input type="checkbox"/> Dolor de abdomen bajo         |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                            | <input type="checkbox"/> Tos                            | <input type="checkbox"/> Ictericia                     |
| <input type="checkbox"/> Peso                              | <input type="checkbox"/> Diarrea                        | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar               |
| <input type="checkbox"/> Aumento _____ lbs                 | <input type="checkbox"/> Pérdida _____ lbs              | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina            |
| <input type="checkbox"/> Use anteojos / lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Estreñimiento                  | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina            |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición            | <input type="checkbox"/> Heces con sangre               | <input type="checkbox"/> Cálculos renales              |
| <input type="checkbox"/> Ankle swelling                    | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar         | <input type="checkbox"/> Dolor articular / muscular    |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos             | <input type="checkbox"/> Acidez                         | <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Secreción nasal                   | <input type="checkbox"/> Náusea                         | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea              |
| <input type="checkbox"/> Ronquera                          | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular             | <input type="checkbox"/> Cambios de lunares            |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho                 | <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados | <input type="checkbox"/> Bulto / dolor en los senos    |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla              | <input type="checkbox"/> Vómitos                        | <input type="checkbox"/> Mareo                         |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo/Entumecimiento          | <input type="checkbox"/> Vómitos de sangre              | <input type="checkbox"/> Convulsiones                  |
| <input type="checkbox"/> Crecimiento excesivo del cabello  | <input type="checkbox"/> Ansiedad                       | <input type="checkbox"/> Depresión                     |
|  | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad        | <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar           |

### HISTORIA SOCIAL:

Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo    Numero de niños \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Realiza algún trabajo pesado a diario? Sí  No

¿Fumas? Sí  No  ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_ ¿Dejar de fumar? \_\_\_\_\_

¿El consumo de drogas? Sí  No

Describe su consumo de alcohol:  Ninguno  Ocasional  1-2 bebidas al día  > 2 bebidas al día

**HISTORIA FAMILIAR:** marque (M) para la madre y (F) para el padre junto al elemento si tiene parientes de primer grado con los siguientes cánceres o enfermedades:

\_\_\_\_\_ Cardiopatía \_\_\_\_\_ Carrera \_\_\_\_\_ Aneurisma \_\_\_\_\_ Hipertensión \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus

\_\_\_\_\_ Cáncer Si cáncer de qué tipo: \_\_\_\_\_

#### SKYLINE

3443 Dickerson Pike | Suite 270  
Nashville, TN 37207  
615.612.0760 | fax 615.612.0640

#### HENDERSONVILLE

353 New Shackle Island Road | Suite 241C  
Hendersonville, TN 37075  
615.264.5850 | fax 615.264.5884

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento a lo siguiente:

- 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 que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocado por escrito.
- Yo, el abajo firmante, reconozco que Advanced Surgical Associates usará y divulgará mi información con el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.
- **EI TRATAMIENTO** incluye, pero no se limita a: la administración y realización de todos los tratamientos: la administración de cualquier anestésico necesario, el uso de medicación prescrita, la realización de procedimientos pueden considerarse necesarios o aconsejables en el tratamiento de este paciente, la toma y utilización de cultivos y / u otras pruebas médicamente aceptadas, todas las cuales, a juicio del médico tratante, se consideran médicamente necesarias
- **PAGO** Por la presente autorizo que el pago de los servicios que recibí de Advanced Surgical Associates se realice directamente a Advanced Surgical Associates. Reconozco la divulgación de mis registros médicos a terceros aseguradores o personas autorizadas a quienes la divulgación es necesaria para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados. Soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos, incluidos, entre otros, coseguros, copagos y deducibles. Reconozco que también soy responsable de los honorarios de cobranza, costos judiciales, honorarios de abogados, cualquier otro cargo incurrido por la agencia de cobranza o los médicos de Advanced Surgical Associates pueden interrumpir la atención de cualquier paciente debido a falta de pago o cuentas enviadas a cobranza. Entiendo que es política de Advanced Surgical Associates recibir el pago antes o al momento de la cita para un paciente sin seguro / pago por cuenta propia.
- **REFERENCIAS** Entiendo que todos los pacientes que tengan seguro y requieran una remisión para servicios de cirugía deberán presentar la remisión antes de que se brinden los servicios. Cualquier paciente que busque un servicio sin una remisión debe pagar el servicio por adelantado o reprogramar la cita.
- Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original. Esta autorización se aplica a todas las ocasiones de servicio hasta que sea revocada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Hay una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA en la sala de espera.

- He recibido mi copia de la Nota de prácticas de privacidad
- Me ofrecieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y la rechacé.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## POLÍTICA DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

Nuestro ENFOQUE principal es reducir su dolor a un nivel tolerable a corto plazo (aproximadamente dos semanas)

El OBJETIVO de esta política es:

- (1) Eduque a los pacientes que no siempre es posible la resolución completa del dolor.
- (2) Y, para enfatizar, como su cirujano, lo ayudamos con problemas de dolor a corto plazo, no con dolor crónico.

Nuestros pacientes deben comprender lo siguiente:

- No se surtirá ningún medicamento para el dolor después de horas.
- No se renovarán medicamentos para el dolor los fines de semana.
- No se renovarán medicamentos para el dolor en días festivos.
- Si necesita reabastecimiento de analgésicos, comuníquese con nosotros durante el horario laboral normal.
- Advanced Surgical Associates no contribuirá ni tolerará la adicción a los analgésicos o el uso prolongado.
- A partir del 1 de octubre de 2014, los medicamentos como Percocet, Oxycodone, Lortab, Norco o Hydrocodone son narcóticos programados II y requieren recetas escritas a mano sin recargas. Cualquier necesidad de recetas debe abordarse durante el horario de oficina. **Ya no podemos solicitar estos medicamentos bajo ninguna circunstancia.**

Gracias por su consideración de antemano.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, autorizo a Advanced Surgical Associates a divulgar mi información médica y de facturación a:

**RELACIÓN**

**NOMBRE DEL PERSONA DESIGNADO**

ESPOSO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
NIÑOS	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
EN LEYES	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
CUIDADORES	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
PADRES	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
OTROS	_____		

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DE LOS PADRES \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Le pedimos que si tiene algún cambio en esta solicitud, informe a la recepcionista.**

Advanced Surgical Associates puede dejar información de citas en mi correo de voz:

CASA	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
TRABAJO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
RELATIVO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Autorizo a las siguientes personas a recoger recetas, radiografías, etc.

**RELACIÓN**

ESPOSO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
RELATIVO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____
CUIDADOR	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	_____

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Cobramos una tarifa fija de \$ 20 por 1-5 páginas más .50 por página adicional y franqueo.**

Entiendo que Advanced Surgical Associates solicitará la identificación de la persona que recoja la información o los productos médicos del paciente.