

La fecha de hoy: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F

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

Teléfono: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Estado civil: S C D V

Contacto para emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico del paciente: _____ Médico de atención primaria: _____

Remitido por: Médico (nombre) _____ Hospital Familiar/amigo Anuncio _____

¿Dónde se produjo su lesión? CASA AUTO ESCUELA TRABAJO OTRO _____ NO SE CONOCE LESIÓN

** ¿Lesión relacionada con un automóvil? SÍ NO Compañía de Seguro: _____ Teléfono: _____

** ¿Lesión relacionada con el trabajo? SÍ NO Número de reclamo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

** ¿Está usted siendo representado por un abogado? SÍ NO Nombre y número de teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO: Proporcione información sobre el/los suscriptor/es principal/es del seguro

Seguro primario: _____ Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Otro seguro

Seguro secundario: _____ Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Persona responsable del paciente (si el paciente es menor de edad):

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Al escribir mis iniciales, comprendo que seré atendido por uno o más médicos de Southwest Orthopaedic & Reconstructive Specialists (SOS) quienes pueden remitirme al hospital OCOM (Oklahoma Center for Orthopaedic and Multi-Specialty Surgery) para otros procedimientos, imagenología, cirugía u otros servicios relacionados. Comprendo además que los siguientes médicos tienen una participación en el hospital OCOM: Bradley Reddick, DO; Derek West, DO; Kristopher Avant, DO; Brian Levings, DO; RJ Langerman, DO; Mehdi Adham, MD; Daniel Jones, MD; y Steven Sands, DO.

Doy fe de que la información declarada en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y me comprometo a informarle a SOS de cualquier cambio en la información aquí contenida.

X _____
Firma del paciente o del tutor legal/persona responsable

Fecha

HISTORIAL DE SALUD E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

¿Está usted recibiendo terapia para el dolor? Sí No Si la respuesta es Sí, Dr. _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted un cardiólogo? Sí No Si la respuesta es Sí, Dr. _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted un marcapasos? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____

¿Por qué problema espera usted ser atendido hoy? _____

- ❖ ¿De qué lado? Derecho Izquierdo Ambos
- ❖ ¿Qué parte del cuerpo? Cabeza Cuello Hombro Codo Muñeca Mano Dedo Espalda Cadera Rodilla Tobillo Pie Dedos de los pies Costillas Rostro Abdomen Seno Otro _____
- ❖ ¿Esta lesión/enfermedad se debe a un accidente? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿de qué tipo? ¿Lesión relacionada con el trabajo? ¿Lesión relacionada con un vehículo de motor?

Fecha en que comenzó la lesión/enfermedad: _____

CON RESPECTO A LA LESIÓN/ENFERMEDAD ACTUAL:

¿Ha sido atendido en un hospital o por otro médico por esta lesión/enfermedad? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿por quién y cuándo? _____

¿Le han realizado alguno de los siguientes estudios? Rayos-X Imagen por resonancia magnética (IRM)
 Tomografía computarizada (TC) Ultrasonido Electromiografía (EMG)
 Si la respuesta es sí, indique dónde y cuándo: _____

¿Ha sido sometido a cirugía por la lesión actual? Sí No
Si la respuesta es sí, indique la fecha y el nombre del doctor: _____

Actualmente, cuál es su: Estatura _____ Peso _____

Ginecología/Obstetricia (sólo para mujeres):

¿Está usted embarazada actualmente? Sí No

ALERGIAS:

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí, nombre: _____ No tengo alergias conocidas a medicamentos

¿Es usted alérgico a estos materiales? Látex Cinta adhesiva Yodo Metal Otro _____

INFORMACIÓN SOBRE FARMACIAS:

¿Cuál es su farmacia preferida?

Nombre: _____ Ubicación: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: (adjuntar una lista, de ser necesario)

_____ mg
 _____ mg
 _____ mg
 _____ mg
 _____ mg

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS: (Seleccione todos los que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/DAH | <input type="checkbox"/> Fallas en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Amigdalitis estreptocócica |
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> ERGE | <input type="checkbox"/> Intoxicación por | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB ACTIVA) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> ITU |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Otitis media | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Escoliosis | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> SII/EII | <input type="checkbox"/> Anemia de células | |

HISTORIAL QUIRÚRGICO: (Seleccione todos los que correspondan)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía por fracturas | <input type="checkbox"/> Cirugía del intestino |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral | <input type="checkbox"/> Gastrostomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética | <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Tubos de timpanostomía | <input type="checkbox"/> Reparación de hernias | <input type="checkbox"/> Hernia umbilical |
| <input type="checkbox"/> Cirugía ocular | <input type="checkbox"/> Biopsia de ganglios | <input type="checkbox"/> Derivación |

Otro: _____

HISTORIAL FAMILIAR: (Enumere los familiares con afecciones. Por ejemplo, madre, padre, hermano, hermana, abuela paterna, abuelo paterno, abuela materna o abuelo materno)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____ | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Muerte prematura _____ | <input type="checkbox"/> Abortos espontáneos _____ |
| <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Suicidio _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia _____ | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio _____ |
| <input type="checkbox"/> EPOC _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidades del aprendizaje _____ | |

HISTORIAL SOCIAL:

- ¿Consume alcohol? Sí - ¿Con qué frecuencia? _____ No
- ¿Fuma? Todos los días Algunos días Nunca he fumado Soy un exfumador - Dejé de fumar en _____
- ¿Usa tabaco sin humo? Sí No Nunca Soy un exfumador de tabaco sin humo - Dejé el tabaco en el (año): _____

Al firmar este formulario de historial médico, doy fe de que la información indicada en el mismo es verdadera y actualizada según mi leal saber y entender y me comprometo a contactar/informar al personal médico de Southwest Orthopaedic Specialists o a mi proveedor sobre cualquier cambio médico en la información aquí proporcionada.

X _____
Firma del paciente - padre, madre o tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor legal, si el paciente es menor de edad: _____

Responsabilidades y expectativas del paciente

1. Cumpliré con las normas y reglamentos del centro de atención, las cuales han sido diseñadas para proteger a los pacientes y garantizar la seguridad de los mismos y del personal.
2. Me comportaré de forma respetuosa y considerada con los miembros del personal y los demás pacientes.
3. Seré respetuoso con todos los proveedores, el personal y los demás pacientes.
4. Seguiré las instrucciones y recomendaciones de mi médico y acepto total responsabilidad por las consecuencias de no hacerlo.
5. Le informaré al personal médico sobre cualquier problema de salud, cambios en los medicamentos o inquietudes relacionadas con el tratamiento médico.
6. Participaré activamente en mi plan de tratamiento y estableceré objetivos para el tratamiento a largo plazo.
7. Le informaré al personal o al médico si no comprendo las instrucciones o las explicaciones brindadas o si no las seguiré.
8. Tomaré cualquier medicamento recetados SÓLO según lo prescrito por mi médico.
9. Comprendo que los medicamentos para el dolor o las recetas que se hayan perdido o que hayan sido robados no se repondrán bajo ninguna circunstancia.
10. Les ofreceré mi cooperación y comprensión a mi proveedor y a los miembros del personal.
11. Comprendo que soy responsable del comportamiento de cualquier invitado que me acompañe en la clínica o que participe en la comunicación relacionada a mi tratamiento con el proveedor o el personal.
12. Respetaré la privacidad y la confidencialidad de los demás pacientes.
13. Me abstendré de utilizar lenguaje obsceno, de hacer amenazas o de adoptar cualquier tipo de comportamiento agresivo.
14. Llegaré a tiempo a las citas e informaré con antelación sobre cualquier cancelación, cuando sea posible.
15. Le informaré al personal de administración de la clínica sobre cualquier cambio en mi cobertura médica y pagaré por los servicios prestados y que sean necesarios.

Al firmar este acuerdo, comprendo mis responsabilidades y expectativas como paciente de Southwest Orthopaedics. Comprendo también que cualquier incumplimiento de este acuerdo podría resultar en la terminación de mi relación como paciente.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA