



REGISTRO/INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) _____
Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Licencia de Conducir # _____ Estatura: _____ Edad: _____ Sexo: M/F
Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono Casa #: _____ Celular #: _____ Teléfono Trabajo: _____
Doctor que lo Refirió (Nombre): _____ Doctor que lo Refirió (Teléfono): _____
Doctor Primario (Nombre): _____ Doctor Primario (Teléfono): _____
Empleador (Nombre): _____ Empleador (Teléfono): _____
¿Usted se lesionó en el trabajo? _____ ¿Como ocurrió? _____ Fecha del accidente: _____

INFORMACION (ESPOSO/A o PADRES)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Sexo: M / F Teléfono #: _____ Estado Marital: _____

INFORMACION (CONTACTO DE EMERGENCIA)

En caso de Emergencia contactar a: _____ Teléfono #: _____
Relación con el paciente: _____

INFORMACION (SEGURO MEDICO PRIMARIO)

Compañía de Seguro: _____ Asegurado # _____ Grupo #: _____
Nombre del asegurado _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) ____/____/____ Dirección de la compañía de seguro _____
____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono #: _____

INFORMACION (SEGURO MEDICO SECUNDARIO)

Compañía de Seguro: _____ Asegurado # _____ Grupo #: _____
Nombre del asegurado _____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento (mm/dd/año) ____/____/____ Dirección de la compañía de seguro _____
____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono #: _____

¿Usted tiene una farmacia de preferencia? Si la tiene diga su nombre y teléfono: _____

Por la presente autorizo a Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC, para utilizar procedimientos médicos y quirúrgicos para mi diagnóstico y tratamiento, que considere necesarios mi médico. Autorizo a mantener un expediente clínico con toda mi información médica, o de otro tipo y a compartir con mi compañía de seguros, toda la información necesaria para cualquier reclamación de pago de seguro. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos incurridos por mí, a Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC. Concedo el permiso para el uso de cualquiera de mis registros médicos incluyendo ilustraciones, fotografías, imágenes u otros registros creados en mi caso para su uso en el examen, la evaluación, acreditación y/o presentaciones de Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC.

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE, SI EL PACIENTE ES UN MENOR)

FECHA



Historia Medica del Paciente

Paciente: _____

Fecha: _____

• **Motivo de Consulta** – (Por favor marque todas las opciones que apliquen)

¿Por qué Usted nos visita hoy?:

- Es su Primera – Consulta con nuestro Doctor
 Es un seguimiento de su visita al Hospital

¿Cuál es la Razón de su visita?:

- | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lesión / Fractura Brazo | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Lesión / Fractura Dedos | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Lesión / Fractura en la Articulación de la Muñeca | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Túnel del Carpo | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Quiste | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las Manos | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo de Manos | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la articular en la Muñeca | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Ambos |

¿Cual Dedo?: _____

¿Donde?: _____

¿Donde?: _____

¿Donde?: _____

¿Donde?: _____

• ¿Como y Cuando comenzó esta afección?: _____

• **Mano Dominante** Derecha Izquierda

• **Medicamentos** – (Por favor marque todos los medicamentos que apliquen)

Ningún medicamento

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albuterol | <input type="checkbox"/> Coumadin | <input type="checkbox"/> Hydrocodone | <input type="checkbox"/> Lortab | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Crestor | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Metformin | <input type="checkbox"/> Plavix |
| <input type="checkbox"/> Augmentin | <input type="checkbox"/> Darvocet | <input type="checkbox"/> Keflex | <input type="checkbox"/> Metoprolol | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Celebrex | <input type="checkbox"/> Glyburide | <input type="checkbox"/> Lasix | <input type="checkbox"/> Oxycodone | <input type="checkbox"/> Toprol |
| <input type="checkbox"/> Cefalexina | <input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida | <input type="checkbox"/> Lipitor | <input type="checkbox"/> Oxycontin | <input type="checkbox"/> Zolof |

Otros: _____

• **Historia Medica** – (Por favor marque todas las enfermedades que apliquen)

Ningún problema

¿Usted sufre o ha padecido de?:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas Renales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Trastornos Vasculares Periféricos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea |
| <input type="checkbox"/> EPOC (Enfisema Pulmonar) | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides |

Otros: _____

• **Alergias** – (Por favor marque todas las alergias que a apliquen) No Alergia Conocida / NKA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacina | <input type="checkbox"/> Contrastes Endovenosos | <input type="checkbox"/> Sulfas |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Tape (Cinta Adhesiva) |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Iodo | <input type="checkbox"/> Esteroides | <input type="checkbox"/> Tylenol (Paracetamol) |
- Otros: _____



- **Por favor infórmenos cómo fue referido a nuestra oficina:**

Hospital / Sala de Emergencia: En cual fue tratado? _____

Paciente Establecido

Referido por el Seguro Medico

Internet

Paciente / Amigo/ o familiar que se trata o fue tratado en nuestra oficina AHAPSC

Referido por un Médico: Dr. _____

Médico de cabecera

Auto referido

Clínica de Urgencias (Urgent Care Clinic): En cual clínica fue tratado? _____

Otros: _____

Antecedentes de Salud Familiares: (Circule y marque lo que aplique)

- **Madre: Viva Fallecida Desconocida**
 - Diabetes Hipertensión Cáncer (especifique por favor): _____
 - Ataque Fulminante Enfermedad del Corazón Enfermedad Mental Desconozco
 - Otros: _____

- **Padre: Vivo Fallecido Desconocido**
 - Diabetes Hipertensión Cáncer (especifique por favor): _____
 - Ataque Fulminante Enfermedad del Corazón Enfermedad Mental Desconozco
 - Otros: _____

• **Historia Quirúrgica (Cirugías Anteriores)– (Por favor marque todas las que apliquen)**

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Biopsia de mama | <input type="checkbox"/> Codo |
| <input type="checkbox"/> Apendicetomía | <input type="checkbox"/> Cirugía del Cuello | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Espalda | <input type="checkbox"/> Cirugía Bucal | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Estética | <input type="checkbox"/> Cirugía de Próstata | <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Cirugía Reconstructiva | <input type="checkbox"/> Túnel del Carpo | <input type="checkbox"/> Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Colocación de un Stent (Vascular) | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de los Ojos | <input type="checkbox"/> Cirugía del estómago | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de vesicular Biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de la tiroides | <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Bypass Gástrico | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Túnel Cubital | <input type="checkbox"/> Hombro |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas | <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> Derecha |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroides | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Reparación de Hernias | <input type="checkbox"/> Cuidado/Curas de Heridas | <input type="checkbox"/> Ambas | <input type="checkbox"/> Ambas |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna cirugía | | | |

• **¿Hospitalizaciones Anteriores?:** SI NO

Sí ha estado hospitalizado/a, explique los motivos: _____

Historia Social
<input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillos (Cantidad)
<input type="checkbox"/> 1/2 cajetilla/día
<input type="checkbox"/> 1 cajetilla/día
<input type="checkbox"/> 2 cajetillas/día
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Fuma Tabacos
¿Cuantos?: _____
¿Bebe Alcohol? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Sí Ud. Bebe, lo hace?:
<input type="checkbox"/> Socialmente
<input type="checkbox"/> Todos los días

Empleo:		
<input type="checkbox"/> Contador	<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Ventas
<input type="checkbox"/> Carpintero	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Estudiante
<input type="checkbox"/> Trabajos de Oficina	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Educación
<input type="checkbox"/> Recepcionista	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Electricista
<input type="checkbox"/> Atención al Cliente	<input type="checkbox"/> Servicios de Limpieza	<input type="checkbox"/> Retirado
<input type="checkbox"/> No Trabaja	<input type="checkbox"/> Desempleado	
<input type="checkbox"/> Discapacitado/a ¿Por qué?: _____		
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

• **Revisión por Sistemas: – (Por favor marque todo lo que aplique)**

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Túnel del Carpo | <input type="checkbox"/> Dolor en el Codo | <input type="checkbox"/> Dolor en el Hombro |
| <input type="checkbox"/> Dolor Articular | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Derecho | <input type="checkbox"/> Derecho |
| <input type="checkbox"/> Inflamación Articular | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Cuello | <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> Ambos |
| <input type="checkbox"/> Rigidez Articular | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> Dolor irradiado desde la Mano hacia la Extremidad | <input type="checkbox"/> Entumecimiento / Hormigueo en la Mano(s) | | |
| <input type="checkbox"/> Derecho | ¿Empeora en la noche? | | |
| <input type="checkbox"/> Izquierdo | <input type="checkbox"/> Sí | | |
| <input type="checkbox"/> Ambos | <input type="checkbox"/> No | | |

Consentimiento para el Tratamiento: El abajo firmante brinda su consentimiento voluntario para la atención médica, diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico menor en caso de considerarse conveniente y necesario en el diagnóstico y tratamiento de alguna condición por los médicos de Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías como resultado de un tratamiento o examen en la oficina. Yo autorizo la liberación de cualquiera de mis registros médicos pasados y/o actuales para el tratamiento. Concedo el permiso para el uso de cualquiera de mis registros médicos incluyendo ilustraciones, fotografías, imágenes u otros registros creados en mi caso para el uso en el examen, la evaluación, acreditación y/o presentaciones de Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo (su nombre) _____ he tenido la oportunidad de leer y revisar el aviso de prácticas de privacidad de Advanced Hand & Plastic Surgery Center. Todas mis preguntas sobre HIPAA y el uso de mi información de salud protegida han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad, sus padres o guardián:

Firma: _____ Fecha: _____

Yo autorizo a revelar y entregar información médica sobre mi salud a las siguientes personas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Firma del paciente: _____

Advance Hand and Plastic Surgery Center, LLC

Ph. (813) 866-4426 Fax (813) 972-8866

Convenio de Pagos, Terminos y Condiciones

Gracias por escoger a Advanced Hand and Plastic Surgery center, LLC para servirle en sus necesidades de salud familiar. Tenemos el placer de poder participar en la atención de su salud familiar y mirar hacia el futuro y establecer una relación duradera como sus especialistas en el cuidado de sus manos. Como parte de esta relación, queremos establecer nuestras expectativas con relación a su responsabilidad financiera, de acuerdo con nuestra política financiera.

Su seguro médico, es un contrato entre usted y su compañía de seguro. A menudo podemos ayudarlo suministrándole información que le ayude a llenar las reclamaciones, pero usted es el principal responsable por cualquier cargo que se haya incurrido como paciente de Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC. Le pedimos de favor que lea, revise y firme la siguiente política.

Este es un acuerdo entre Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC como acreedor, y el paciente/deudor nombrado en este formulario.

En este Convenio, los términos “usted”, “su”, y “suyo” se refieren al paciente o deudor. La palabra “cuenta” significa que se ha establecido la cuenta a su nombre a la cual se aplican cargos y se acreditan pagos. Las palabras “nosotros”, “nos” y “nuestro” se refieren a Advanced Hand and Plastic Surgery Center, LLC.

Al ejecutar este acuerdo, usted se compromete a pagar todos los servicios que se le han prestado.

Estados de cuentas Mensual: Si usted tiene algún balance pendiente en su cuenta, le enviaremos un estado de cuenta mensual. Se indicará por separado el balance de su deuda, cualquier cargo nuevo en la cuenta y los cargos por financiamiento, si aplican a su caso.

Pagos: A menos que cualquier otro acuerdo sea aprobado por escrito por nuestra parte, el saldo en su estado de cuenta debe pagarse desde la fecha de su emisión y estará vencido si no se paga antes del final del mes.

Cargos a su cuenta: Tendremos el derecho de cancelar su privilegio en cualquier momento y de adicionar nuevos cargos por nuestros servicios a su cuenta. Sus visitas futuras de ahí en adelante tendrían que ser pagadas al momento del servicio.

Seguro: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros le enviaremos directamente la factura su compañía de seguro primario y secundario (si aplica). Aunque podemos estimar lo que su compañía de seguros puede pagar, es la compañía de seguros la que hace la determinación final sobre su elegibilidad. Por su parte usted está de acuerdo y acepta pagar cualquier porción de los gastos no cubiertos por su seguro incluyendo co-pagos, co-seguros y otros servicios. Los co-pagos y los co-seguros se recaudarán al momento del servicio.

También estaremos recolectando antes de cualquier procedimiento quirúrgico los co-seguros y deducibles. Por favor tenga en cuenta que las cantidades recaudadas SOLO son estimadas y su compañía de seguros es la que va a determinar la cantidad exacta una vez que su reclamación sea procesada. Nosotros estaremos estimando los balances a nuestro mejor entendimiento.

Costo por inasistencia a una cita: Cuando un paciente no se presenta a una cita o cancela ésta con menos de 24 horas de antelación, se le aplicará a su cuenta una tarifa de \$25.00 dólares. Estas tarifas deben ser pagadas antes de programar una nueva cita. Los pacientes con tres citas perdidas pueden ser dados de alta de la práctica y se les pedirá que busquen atención médica con otro médico.

Cuentas vencidas: Si su cuenta se retrasa, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Si tenemos que referir su cuenta a una agencia de colección de deudas, usted se compromete a pagar todos los gastos de recaudación en que se incurran. Si tenemos que referir su cuenta o realizar la recaudación del saldo a través de un abogado, usted se compromete a pagar todos los honorarios que se produzcan al emplear los abogados, más los costos de la corte. En caso de una demanda judicial, usted está de acuerdo que el lugar de celebración de esta será en el condado de Hillsborough, Florida.

Cheques sin Fondos: Hay un cargo de \$25.00 dólares por cualquier cheque devuelto por el banco.

Renuncia de Confidencialidad: Usted entiende que si su cuenta se presenta a un abogado o agencia de colección de cobros, si tenemos que litigar en los tribunales, o si su cuenta o estado está en demora o no pago, se reportará a una agencia de crédito el hecho de que usted recibió tratamiento en nuestra oficina, puede ser convertido en un asunto de interés público.

Transferencia de Registros Médicos: Si usted desea tener copias de sus registros médicos; Usted tendrá que hacer esta solicitud por escrito. Usted nos autorizará a incluir toda la información pertinente, incluyendo su historial de pago si así lo desea. Si usted está solicitando que sus registros de otro médico u otra organización sean transferidos a nosotros, usted deberá autorizarnos a recibir toda la información pertinente, incluyendo su historial de pago.

FMLA (Family Medical Leave Act.) /Trámites de Discapacidad: Hay una tarifa de \$25.00 dólares debido a la confección de la documentación para completar todas las discapacidades y/o documentación FMLA.

Compensación a los Trabajadores: Se requiere la aprobación por escrito o autorización de su empleador y/o la compañía de compensación al trabajador antes de su visita inicial, de preferencia el aviso o notificación de su lesión. Si su reclamo es negado, usted será responsable de pagar la totalidad de sus gastos médicos.

Lesiones Personales: Si usted está siendo tratado como parte de un juicio por daños personales o reclamación, se requiere la verificación de su abogado antes de su visita inicial. Además de esta verificación, es necesario que se nos permita facturar a su seguro de salud, en ausencia de otro seguro; otras disposiciones financieras pueden ser discutidas. El pago de la factura sigue siendo responsabilidad del paciente. No podemos facturar a su abogado por los cargos incurridos debido a un caso de lesiones personales.

En caso de no cumplir con los requisitos de esta póliza financiera puede resultaren el despido como paciente de ésta práctica.

Fecha de Vigencia: Una vez que haya firmado el presente acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

Casos de Divorcio: Esta oficina NO forma parte en su acuerdo de divorcio. Los pacientes adultos son responsables de su factura en el momento del servicio. La responsabilidad de los menores recae en el adulto que los acompaña a nuestra consulta.

Nombre del Paciente: _____

Persona Responsable

(si no es el paciente) _____

Firma: _____

Fecha: _____

REPORTE DETALLADO MEDICO

Por favor de llenar para proposito del seguro medico. Si no se llena una parte puede que su seguro medico niegue cobertura.

Nombre del paciente: _____

Seguro Social #: _____ - _____ - _____

¿**Cuándo** empezó el problema en las manos?: _____

Describe la **razón** por la visita de hoy _____

¿**Cómo** ocurrió el problema en las manos?: _____

¿**Dónde** ocurrió? (Ejemplo: En casa, en casa de un amigo/familiar, en el trabajo, en una tienda o negocio, accidente de auto, etc...)

¿Tiene el paciente alguna **otra cobertura** de seguro? _____

¿Existe algún **otro responsable** de esta lesión/accidente? _____

Firma del Paciente/Responsable Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____
(*Empleado de nuestra oficina*)