



Iniciales del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Como escucho de nuestro centro? _____

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Apodo: _____ Sexo: [] hombre [] mujer Seguro Social: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código

Teléfono local: _____ Teléfono Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado Civil: [] soltero/a [] casado/a [] divorciado/a [] viudo/a

Condición de empleo: [] trabajo [] desempleado [] retirado [] discapacitado

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____

Nombre del Seguro de Compensación o El Seguro de Automóvil: _____

Dirección Del Seguro: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código

El Justador de Seguro: _____ Teléfono: _____

Nombre del Seguro Medico Primario: _____ Teléfono: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre del Seguro Medico Secundario: _____ Teléfono: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Relación al Paciente: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

¿Usted tienes una Directiva Anticipada de Atención de la Salud? (testamento en vida, donación de órganos, etc.) [] sí [] no

Yo, por este medio, doy consentimiento a cualquiera atención medica que se considere conveniente o necesario por mi medico y conceder autoridad a Badia Hand to Shoulder Center, para administrar y realizar todos los exámenes, tratamientos, procedimientos diagnostico y cirugías necesaria ahora o en el futuro. Yo garantizo el pago de todos los servicios prestados. Todos los Beneficios médicos incluyendo, seguros privados y cualquier otro plan de salud, se asignan a Badia Hand to Shoulder Center. La firma abajo confirma toda la información proporcionada en este documento es verdadera y exacta. Fotocopia de este consentimiento se considera tan valida como la original.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Iniciales del Paciente: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Mano Dominante: [] derecha [] izquierda ¿Cual lado esta afectado hoy?: [] derecha [] izquierda
Razón por su visita (incluir la parte del cuerpo afectado, y una descripción breve sobre el incidente): _____

Ha visto a otro doctor en los pasados 12 meses para este problema? [] sí [] no
Si su respuesta es "sí", indica el nombre del doctor: _____

¿Cuales medicamentos esta tomando? (incluir suplementos) _____

¿Cuales son sus alergias? (incluir medicamentos, comidas, u otros) _____

¿Cuales cirugías ha tenido? (incluir tipo y fecha) _____

Con cuales condiciones médicas ha sido diagnosticado/a:

	SÍ	NO	Si su respuesta es "sí", describir:
Artritis	_____	_____	_____
Presión Alta	_____	_____	_____
Colesterol Alta	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Condición del corazón	_____	_____	_____
Condición del hígado	_____	_____	_____
Condición de los pulmones (asma, etc.)	_____	_____	_____
Condición del tiroides	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
VIH/SIDA	_____	_____	_____
Alguna otra condición medica	_____	_____	_____

Historia Social:

¿Esta embarazada? [] sí [] no [] no aplica
 ¿Usted fuma? [] sí [] no Paquetes por día: _____
 ¿Usa drogas ilícita? [] sí [] no Tipo y frecuencia: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Iniciales del Paciente: _____

Revisión de Sistemas

Desde el día que empezaron los síntomas por los cuales nos esta visitando, ha sufrido de lo siguiente:

Síntomas Generales:

- Fiebre
- Escalofríos
- Dificultad durmiendo
- Perdida o aumento de peso sin intentar
- Otro

Ojos/Oído/Nariz/Garganta:

- Visión nublada
- Dolor de garganta
- Perdida de audición
- Secreción mucosa
- Otro

Neurológico:

- Entumecimientos
- Mareos
- Temblores
- Otro

Cardiovascular:

- Dolor de pecho
- Venas varicosas
- Otro

Respiratorio:

- Tos frecuente
- Falta de aire
- Sonido al respirar
- Otro

Integumentario:

- Erupción de la piel
- Picazón
- Cambia de color
- Otro

Hematológico/Linfático:

- Glándulas inflamadas
- Coágulos sanguíneos
- Moretón
- Otro

Endocrino:

- Sed excesiva
- Intolerancia de frio
- Intolerancia de calor
- Cansancio frecuente
- Otro

Gastrointestinal:

- Dolor abdominal
- Nauseas/vómitos
- Acidez
- Otro

Genitourinario:

- Orina frecuente
- Retención de orina
- Orina dolorosa
- Otro

Sicológico:

- Depresión
- ¿Has considerado el suicidio?
- Falta de memoria
- Otro

Ninguna de las anteriores mencionadas

¿Su daño fue causado por un accidente? [] sí [] no Tipo: [] automóvil [] trabajo [] otro

¿Hay otra persona responsable por su daño? [] sí [] no

Si marco la respuesta sí, ¿quien es la persona responsable? _____

¿Tiene representación legal? [] sí [] no

Si marco la respuesta sí, ¿Cuál es el nombre y dirección de su representante legal? _____

Yo aseguro que la información en este cuestionario esta correcta.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Iniciales del Paciente: _____

Póliza Financiera

Este es un acuerdo entre Badia Hand to Shoulder Center como acreedor, y el paciente/deudor nombrado en esta forma.

Ejecutando este acuerdo, usted se compromete a pagar todos los servicios que reciba. El pago se recibe cuando se proveen los servicios. Aceptamos efectivo, cheque personal, giros bancarios, Visa y MasterCard. Se colectaran los co-pagos y deducibles cuando se rinden los servicios.

Seguro: El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Facturas se mandan solo a los seguros con los cuales tenemos contratos. Para reclamar y procesar los cargos a su seguro, requerimos una copia legible del frente y parte posterior de su tarjeta de seguro medica, identificación con foto, Seguro Social y la verificación de los beneficios de su seguro antes de la visita. Es la responsabilidad de los asegurados/del paciente proveer la información actual y exacta para mandar las sumisiones de las demandas. Todos los co-pagos y deducibles son debidos cuando se rinden los servicios.

Si un plan a el que participa le cubre, de que no somos abastecedores, el pago será cuando se rinden los servicios. Proveremos un recibo detallado para que usted mande a su compañía de seguro, esta será responsable de rembolsarle cualquier cobertura que usted pueda tener.

Honorario de colección: Se le sumara un 30% a su cuenta si se tiene que enviar a una agencia de colección. Usted nos da el permiso de comprobar su historia del crédito y de empleo y de contestar a preguntas sobre su historia de crédito con Badia Hand to Shoulder Center. Reservamos la opción de reportar su cuenta a una agencia de colección o el Buro de Crédito.

Renuncio Confidencial: Usted entiende que si su cuenta es referida a un abogado o agencia de crédito, si llega a litigación en corte, o si su cuenta es reportada a agencia de crédito, su tratamiento en nuestra oficina puede ser parte de expediente público.

Cargos: Por cada cheque devuelto por el banco, habrá un cargo de \$25.00. Pago por cheque devuelto tendrá que ser hecho en efectivo.

Copia de Historia Medica: Copias serán pedidas por escrito, y pagar un cargo razonable de \$1.00 por las primeras 25 paginas y .25 centavos mas por las siguientes. Si requiere copias a mandar a otro doctor/organización. Da autorización a incluir toda información incluyendo historia de pago. Si da autorización a transferir sus archivos a nuestra oficina, nos autoriza a recibir información, incluyendo su historia de pago. Copias de imágenes (radiografías y resonancia magnética) están disponibles en disco, y cuestan \$10.00 por disco.

Consentimiento de fotos: Autorizo a Badia Hand to Shoulder, LLC y afiliados a tomar fotos a mi persona (o hijo/a) procedimiento(s) medico o quirúrgico(s) y condiciones y al uso de estas fotos para propósitos científicos, investigativos y educacionales.

Fecha Efectiva: Al firmar este acuerdo, está de acuerdo con todos los términos y condiciones aquí expuestos y el acuerdo estará en efecto.

Mi firma certifica que he leído, o se me ha sido leído, y entiendo los contenidos de este formulario.

Nombre del Paciente: _____

Persona Responsable (si no es el paciente): _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Iniciales del Paciente: _____

Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Reconozco por este medio que he recibido una copia de Badia Hand to Shoulder Center de las practicas de la privacidad según los requisitos de la ley federal.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Razón por que el paciente/representante del paciente no firmo:

Firma del empleado: _____

Consentimiento del paciente para el uso y el acceso a la información de su salud

Yo, _____, autorizo la oficina de Badia Hand to Shoulder Center para divulgar la información protegida de mi salud al siguiente:

Nombre y relación de las personas autorizadas a recibir la información:

Mensajes Telefónicos

Por favor circular uno:

Yo **sí / no** autorizo la oficina de Badia Hand to Shoulder Center para dejar mensajes telefónicos con respecto a mi información protegida en el contestador automático.

Póliza de Cancelación de Citas

Si necesita cancelar su cita, por favor notifique a nuestra oficina un día antes de su cita, durante horas laborables. Entienda que cuando usted no hace esta notificación, nuestra oficina pierde de ofrecer este espacio a otro paciente. Usted será penalizado con un cargo de **\$50.00** por no cancelar su cita en el periodo requerido por nuestra póliza. Esto incluye citas canceladas, citas re-establecidas, o citas no atendidas. Tiene que pagar este cargo en el tiempo de su cita re-establecida; o usted recibirá un estado de cuenta por la cantidad acordada. El doctor no podrá verlo hasta que pague el cargo.

Mi firma certifica que he leído (me ha sido leído) y entiendo los contenidos de esta forma.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Iniciales del Paciente: _____

Convenio Mutuo

El Dr. Alejandro Badia, M.D. y Badia Hand to Shoulder Center (a quienes en adelante se le referirá colectivamente como “El Medico”) convienen en proporcionar tratamiento a _____ (en adelante referido como “El Paciente”). El Medico se enorgullece de poder extender un nivel de privacidad superior al requerido por la ley.

Las leyes federales y estatales sobre privacidad son complejas. Desafortunadamente, algunos consultorios médicos tratan de encontrar trampas jurídicas en estas leyes. Por ejemplo, la ley prohíbe a los Médicos recibir dinero por vender listas de pacientes o información medica a compañías para que comercialicen sus productos o servicios directamente a los pacientes sin autorización. Sin embargo, algunas prácticas médicas pueden legalmente sortear esta limitación al tener un tercero que realice esta comercialización. Aunque los datos personales nunca están técnicamente en posesión de la compañía que venda sus productos o servicios, el paciente puede de cualquier forma ser encontrado mediante información comercial no deseada. El Medico cree que esta practica es inapropiada y no es conveniente para el paciente. Así mismo, el Médicos conviene en que no proporcionara información médica con el fin de que se comercialice directamente con el paciente. Sin importar las trampas legales que se puedan ejercer sobre privacidad, el Medico nunca intentara favorecer su relación con el Paciente al buscar el consentimiento del Paciente para la comercialización de productos por parte de terceros.

En relación al tratamiento y protección del paciente como se menciona en el párrafo anterior. Si el Paciente prepara un comentario para publicar acerca del Medico, el Paciente transferirá todos los derechos intelectuales, incluidos derechos de autor, al Medico sobre cualquier comentario escrito, pictórico o electrónico. Dicha transferencia de derechos será efectiva a partir de la creación del comentario, antes de su publicación. El Medico ha invertido una cantidad considerable de recursos financieros y comerciales en el desarrollo de su practica. Los comentarios publicados en paginas web, blogs y/o correspondencia masiva, aunque bien intencionada, podría dañar seriamente la practica del Medico.

Finalmente, este convenio entrar en vigor y será ejecutable por un periodo de cinco años a partir de la ultima fecha en que el Medico presto sus servicios al Paciente o por tres años posteriores a la fecha de terminación de la relación Medico-Paciente. Como política del consultorio, el Medico esta requiriendo que todos los pacientes atendidos firmen el Convenio Mutuo para establecer que la publicación o difusión de cualquier comentario anónimo o seudónimo sea cubierta por este convenio para todos los pacientes del Medico. Además este convenio prevalecerá en vigor por un mínimo de tres años posteriores a cualquier terminación de la relación Medico-Paciente.

El Paciente y el Medico reconocen que cualquier violación a los términos de este Convenio puede resultar en un daño serio e irreparable. Además de la compensación por los daños que resulten, el Paciente y el Medico acuerdan en el derecho de al recurso equitativo (incluyendo, sin limite alguno, desagravio por mandato judicial). Si la violación a este convenio resulta en litigación, la parte prevalente en la litigación tendrá derecho a costos, gastos y honorarios del abogado razonables asociados con la litigación.

El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir explicaciones adecuadas y satisfactorias sobre el contenido de este convenio.

AMBAS PARTES ACUERDAN LO ANTERIORMENTE ESTIPULADO, SIENDO EL DIA _____ DE _____, 2012

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



Iniciales del Paciente: _____

Convenio de Resolución de Problemas

Yo, _____ seré referido/a en este acto y de aquí en adelante como, "El Paciente/Tutor". Alejandro Badia/Badia Hand to Shoulder Center, seré representado/a en este acto y de aquí en adelante como el "Medico".

Además entiendo que estoy celebrando una relación contractual con el Medico que brinda la atención Profesional. También entiendo que las demandas sin fundamento por malas prácticas médicas tienen un efecto adverso sobre el costo y disponibilidad de los servicios de salud pudiendo ocasionar un daño irreparable para el proveedor medico. Como consideración adicional al servicio de salud prestado a mi por el Medico, Yo, el Paciente/Tutor y/o mi representante acuerdo no interponer o dar avance a alguna demanda infundada o sin fundamento por mala practica profesional en contra del Medico.

Si inició o interpuso acción legal contra una practica medica o si se inicia o persigue un proceso jurídico, yo, el Paciente/Tutor y/o mi representante consentimos en usar testigos expertos médicos certificados del Comité Americano de Especialidades Medicas ("AMBS"), de la misma especialidad del Medico. Además, estoy de acuerdo en que estos testigos expertos serán miembros disciplinados de dicho comité y se apegaran a las directrices del código de conducta definido para los testigos expertos por ASSH y AAOS.

Así mismo, el Medico esta de acuerdo en cumplir con lo antes expuesto.

Firma del Medico: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____