

FAVOR DE ESCRIBIR **REGISTRACION DEL PACIENTE**

RECOMENDADO POR \_\_\_\_\_ Pt# \_\_\_\_\_

ALGUN FAMILIAR QUE A VENIDO \_\_\_\_\_

ALERJICO A ALGUNA MEDICINA Y REACCION : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE NOMBRE DE EN MEDIO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
NUMERO SOCIAL FECHA DE NACIMEINTO EDAD NO. DE LICENCIA

\_\_\_\_\_  
DIRECCION (PERMANENTE) CALLE NO. DEL APTO CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

\_\_\_\_\_  
NO. DE TELEFONO SEXO ESTADO CIVIL NO. DE DEPENDIENTES

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA COMPANIA DIRECCION OCUPACION NO. DE TELEFONO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESPOSO (A) DIRECCION DEL TRABAJO NO. DE TELEFONO

\_\_\_\_\_  
DIRECCION TEMPORAL OCUPACION DEL ESPOSO (A)

\_\_\_\_\_  
POR CASO DE EMERGENCIA, UN FAMILIAR O AMISTAD CIRCANO RELACION NUMERO DE TELEFONO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL

<b>RESPONSABLES DE LA CUENTA</b> SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE LA CUENTA, POR FAVOR INDIQUE QUIEN ES RESPONSABLE					
NOMBRE	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
NO. DE TELEFONO	RELACION		OCUPACION		
NOMBRE DE LA COMPANIA	DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NO. DE TELEFONO
NUMERO SOCIAL Y NO. DE LICENCIA DE LA PERSONA RESPONSABLE					

INDIQUE EL METODO DE PAGO POR LA VISITA DE HOY \_\_\_ CHEQUE \_\_\_ EFECTIVO O OTRO \_\_\_\_\_

SERVICIO MEDICO Y EXAMENES DE LABORATORIOS EN NUESTRA OFICINA, PODRIAN SER PAGADOS EN EL DIA DE LA VISITA. PREGUNTANDOLES, PODRIA REDUCIR EL COSTO DEL LA CUENTA.

\_\_\_\_\_  
ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR LOS PAGOS DE LA CUENTA QUE INCLUYEN POR PARTE DE MI Y DE MI FAMILIA . SIN HACER CASO DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA. .

\_\_\_\_\_  
FECHA FIRMA DEL RESPONSABLE

**NINGUN PACIENTE PODRA SER VISTO HASTA QUE LA FORMA ESTE COMPLETA**

Favor de voltear la pagina para completar

NOMBRE Y LOCAL DE FARMACIA : \_\_\_\_\_  
NOMBRE DIRECCION TELEFONO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Doctor Primario/Clinica: \_\_\_\_\_  
 Fue referido a nuestro consultorio? No Si Por quien? \_\_\_\_\_  
 Si no lo refirieron como oyó de nosotros? \_\_\_\_\_  
 Fecha cuando se lastimó: \_\_\_\_\_ Se lastimó en el trabajo?: Si No  
 Farmacia preferida: \_\_\_\_\_  
 Dirección Cuidad Teléfono

**Historia Médica**

Es alérgico/a a un tipo de medicamento? Si No  
 Favor de mencionar el medicamento con su reacción: \_\_\_\_\_  
 Es alérgico/a a un tipo de alimento? Si No Es alérgico/a a  
 Favor de mencionar el alimento y su reacción: \_\_\_\_\_  
 algún tipo de metal? Si No Es  
 Favor de mencionar el metal y su reacción: \_\_\_\_\_  
 alérgico/a o sensible al látex? Si No  
 Favor de mencionar el látex con su reacción: \_\_\_\_\_  
 Tiene alguna otra alergia?  
 Favor de mencionar con su reacción: \_\_\_\_\_

**Medicamentos y sus Dosis:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historia de Cirugías**

A tenido cirugías en el pasado? Si No  
 Favor de mencionar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Historia Social**

Fuma o a fumado en el pasado? Usa productos que contienen tabaco? Si No  
 Cuándo paró de fumar? \_\_\_\_\_  
 Cuánto fuma? \_\_\_\_\_  
 Toma alcohol? Si No  
 A sido usted tratado por alcoholismo, drogas o alguna sustancia? Si No  
 Trabaja? Si No  
 Qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_  
 Está usted Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a?  
 Tiene hijos? Si No Cuántos? \_\_\_\_\_  
 Vive solo/a? \_\_\_\_\_  
 Hace ejercicio? Si No Cada cuándo? \_\_\_\_\_  
 Mujeres: Habrá una posibilidad de que esté embarazada? Si No

**Historia Familiar**

Favor de mencionar los familiares con estas condiciones.  
**Artritis** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo  
**Presión Alta** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo  
**Cancer** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo  
**Diabetes** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo  
**Coagulos de Sangre/Sangrado** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo  
**Desordenes Cardíacos** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo  
**Desordenes Mentales** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo  
**Reacciones a la Anestesia** Nadie Madre Padre Hijo Hija Hermano Hermana Abuela Abuelo

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Chart# \_\_\_\_\_

**Historia:** A tenido en el pasado o tiene alguna de estas enfermedades?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirrosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipotiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bronquitis / Tos Crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presión Alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones / Arritmia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	HIV	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sífilis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desórdenes de la Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desorden Celular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Reflujo Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Colitis Ulcerada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros problemas medicos no mencionados:	_____
Ulceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Gastritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Hemorroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Problemas en el Hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

**Repaso de Sistemas:** Tiene alguna de estas enfermedades?

**General:** Ninguno de estos síntomas

Cancer, donde \_\_\_\_\_  Infección  Fiebre  Calor

Inflamación  Rojizo  Dormido  Contusión Fácil  Pérdida de Movimiento  Inestabilidad

Cojeando  Tieso  Pérdida de Peso  Fatiga  Insomnio  Otro \_\_\_\_\_

**Corazón:** Ninguno de estos síntomas

Ataque del Corazón ? Dolor de Pecho ? Palpitaciones ? Presión Alta ? Otro \_\_\_\_\_

**Respiratorio:** Ninguno de estos síntomas

Asma ? Enfermedad Pulmonar Crónica ? Enfisema ? Pulmonía ? Otro \_\_\_\_\_

**Estomacal/Gastrointestinal:** Ninguno de estos síntomas

Reflujo ? Ulceras ? Pólipos ? Colitis Ulcerada ? Otro \_\_\_\_\_

**Hígado:** Ninguno de estos síntomas

Ictericia ? Hepatitis ? Cirrosis ? Piedras en la Vesícula ? Otro \_\_\_\_\_

**Vejiga/Riñones:** Ninguno de estos síntomas

Incontinencia ? Piedras ? Diálisis ? Enfermedad Renal Terminal ? Otro \_\_\_\_\_

**Reproductivo/Sexual:** Ninguno de estos síntomas

Embarazo ? HIV ? Sífilis ? Otro \_\_\_\_\_

**Musculoesqueletal:** Ninguno de estos síntomas

Osteoartritis ? Dolor de Cuello ? Dolor de Espalda ? Artritis ? Gota ? Otro \_\_\_\_\_

**Piel:** Ninguno de estos síntomas

? Eczema ? Irritación de la Piel ? Impétigo ? Psoriasis ? Cancer de la Piel ? Otros \_\_\_\_\_

**Psiquiátrico:** Ninguno de estos síntomas

Bipolar ? Depresión ? Esquizofrenia ? Otros \_\_\_\_\_

**Diabetes:** Ninguno de estos síntomas

Dependiente de Insulina ? No dependiente de Insulina ? Otros \_\_\_\_\_

**Hematológica:** Ninguno de estos síntomas

Sangrado Anormal ? Anemia ? Otros \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Chart# \_\_\_\_\_

**Historia de Enfermedades**

Favor de marcar la razón de su visita.

Cuello	Brazo	Hombro	Codo	Parte baja del brazo	Muñeca	Mano
Dedo	Espalda	Cadera	Rodilla	Pierna	Tobillo	Pie

**Cómo describiría su dolor?**

Doloroso Moderado Fuerte Punzante Empeorando Mejorando Constante  
Intermedio Tieso  Otro \_\_\_\_\_

**Cuándo comenzó su dolor?**

Hace\_\_ horas Hace\_\_ días Hace\_\_ semanas Hace\_\_ meses Hace\_\_ años  
Otros \_\_\_\_\_

**Cuándo ocurre su dolor?**

En la mañana En la noche Al despertar Actividades de peso  
Otros \_\_\_\_\_

**Qué tan severo es su dolor?**

Suave Moderado Severo

**Cómo limita esto sus actividades diarias?**

No limita las actividades diarias Son moderadamente limitadas Son severamente limitadas  
Otros \_\_\_\_\_

**Qué cree que causó este problema?**

Trauma Trabajo Movimientos Repentinos Otros  
\_\_\_\_\_

**Qué ayuda a disminuir el dolor?**

Descanso Hielo Inmovilización Calor Medicamentos Terapia Física  
Otro \_\_\_\_\_

**Qué aumenta el dolor?**

Movimiento Descanso Empujando/Jalando Acostado Parado Levantando Otros \_\_\_\_\_

**A sido tratado por este problema antes? Si No**

**Escriba una lista de doctores a los cuales a visto para este problema:**

**Se a hecho exámenes para este problema?**

Si No

Rayos-X MRI CT EMG CT / Myelogram Scan de Huesos Discography  
Otros \_\_\_\_\_

**A tenido tratamientos para este problema? Si No**

Terapia Física/Terapia Ocupacional Inyecciones Acupuntura Tratamiento Ciropactico  
Otros \_\_\_\_\_

**Medicamentos:**

Relajante muscular Medicamento para el dolor Desinflamatorios Medicamentos sin receta  
(Aspirina, Tylenol, Advil, Aleve, etc.)

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

No.de Cuenta:\_\_\_\_\_ Folder # \_\_\_\_\_

#### AUTORIZACION PARA LIBRAR INFORMACION

Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que suministre informacion medica del paciente y otros documentos para 1) companias de aseguranca o terceras personas responsables para la razon de obtener pagos de cuenta de *Oak Cliff Orthopaedic Asociados*, 2) alguna otra persona(s) o haciendas publicas responsables por el cuidado y tratamiento del paciente, a 3) representantes locales, de estado, o agencias federales en acuerdo con la ley. Tal como informacion pudria incluir, pero no limitado a ,informacion respecto a enfermedades comunicables como Sindrome de Indeficiencia Adquiridad (SIDA). Yo autorizo dar informacion para revisar los documentos del paciente para propositos conducibles en intervencion medica, revisiones utilizaciones , o revisiones certezas de calidad. Yo autorizo a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates que den informacion y tambien copiar documentos del paciente a otros medicos recomendados o para enfermerias practicas y hospitales donde podria ser trasladado el paciente.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Esposo(a) o Guardiante\_\_\_\_\_

Firma de Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### ASIGNACION DE BENEFICIOS ASEGURADOS

En concideracion de servicios de entrega, Siendo tesigo trasladado y asigno a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates todos los derechos , titulados ,y intereses en alguna cuenta debida a mi, por servicios descubiertos dentro de alguna poliza de seguro . Yo entiendo que soy responsable de surtir a *Oak Cliff Orthopaedic Asociados* DBA Texas Orthopaedic Surgical Associates toda la informacion de mi aseguranca desde el dia de mi admision o durante mi hospitalidad para permitir verificacion antes de dar de alta, sin hacer caso a las aseguranzas asignadad. Soy responsable por los cargos totales de los servicios rendidos a mi.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Esposo(a) o Guardiante\_\_\_\_\_

Firma de Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

f:\office/forms&ltr\pt.regforms\Complete Pt.Reg.Spanish.doc

---

Consentimiento por motivo de Tratamiento, Pago y Funciones correspondiente al Cuidado de Salud

---

Yo doy mi consentimiento para que Oak Cliff Orthopaedic Associates use o revele mi información medica protegida con el propósito de diagnostico, provisión de tratamiento, obtención de pago por mis cuentas medicas o para conducir funciones correspondientes a mi cuidado de salud. Comprendo que mi diagnostico o tratamiento por parte del Dr. Berry, Dr. Arazoza, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz o Dr. Heck puede estar limitado debido a mi consentimiento como lo acredita mi firma en este documento.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en como mi información medica protegida es usada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de mi cuidado de salud. No se requiere que Oak Cliff Orthopaedic Associates este de acuerdo con las restricciones que yo solicite. Sin embargo sí Oak Cliff Orthopaedic Associates acepta mis restricciones, esta restricción obligaría a Oak Cliff Orthopaedic Associates y al Dr. Berry, Dr. Arazoza, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz o Dr. Heck a cumplirlas. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, cuando quiera, exceptuando siempre y cuando el Dr. Berry, Dr. Arazoza, Dr. Hernández, Dr. Aronowitz, Dr. Heck y Oak Cliff Orthopaedic Associates haya tomado acciones acatando este consentimiento.

Mi "información medica protegida" es toda información medica, incluyendo mi información demográfica, dada por mi y creada o recibida por mi doctor, otro proveedor de cuidado médico, plan de salud o mi jefe. Esta información médica se relaciona con el pasado, presente y futuro de mi condición o salud física y mental y pudiera identificarme, o existen razones para creer que pudiera identificarme.

Comprendo que tengo el derecho de revisar el Acto de privacidad de Oak Cliff Orthopaedic Associates antes de firmar este documento. El Acto de Privacidad ya me ha sido entregado. Este Acto de privacidad describe la manera en que mi información pudiera ser usada y compartida durante mi tratamiento, para el pago de cuentas medicas o para el desempeño de funciones relacionadas con mi salud. El Acto de Privacidad también lo puedo encontrar en el 221W Colorado, Suite 100, Dallas, TX 75208, y en la pagina web de Oak Cliff Orthopaedic Associates que es thebonedocs.com este Acto de Privacidad también describe mi derecho y las obligaciones de Oak Cliff Orthopaedic Associates respecto a mi información medica protegida.

Oak Cliff Orthopaedic Associates se reserva el derecho de cambiar el documento de privacidad que es descrito en el Acto de Privacidad. Puedo obtener una copia del nuevo Acto de Privacidad ingresando a la página web, llamando a la oficina y pidiendo que se me enviara una copia por correo o preguntando por una en mi próxima cita.

---

Firma del Paciente o Representante

---

Nombre del Paciente o Representante

---

Fecha

---

Descripción de la Autoridad del Representante