



INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

FECHA: _____

Nombre:

(Apellido)

(Nombre)

(Segundo Nombre)

Sexo: Masculino Femenino Raza: _____ Etnicidad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Licencia de Conducir: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de Casa: _____ Apt#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: Soltero/a casado/a divorciado/a Partnered Viudo/a

Empleador: _____ Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono celular de emergencia: _____ Teléfono del trabajo: _____

Referido por: _____

Cómo se enteró Orange Medical? ZocDoc Facebook Google Yelp Familiar Amigo/a

Otro _____

Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Información de Seguro

Seguro Primario: _____

Número de Grupo: _____ Número de Póliza: _____

Complete esta casilla si no es el titular de la póliza de su seguro primario.

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Seguro Secundario: _____

Número de Grupo: _____ Número de Póliza: _____

Complete esta casilla si no es el titular de la póliza de su seguro secundario.

Policy Holder Name: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino Relación con el Asegurado: _____

Información de reclamo de indemnización para trabajadores (si corresponde).

Empresa de Compensación de Trabajadores: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del Ajustador: _____ Nombre del administrador de caso: _____

Fecha de Herida: _____ Numero de Reclamo: _____

Lesiones Personales (si corresponde)

¿Ha sido lesionado en un accidente de automóvil u otro accidente? No Sí

¿Ha contratado a un abogado para realizar reclamos derivados de ese accidente? No Sí

Nombre de la Empresa: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del Abogado: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Actualmente estás experimentando alguno de los siguientes?

Constitucional: <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Resfriado <input type="checkbox"/> Dificultad para Dormir <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida de libido <input type="checkbox"/> Aumento de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Uso de antibióticos: _____ _____	Respiratorio: <input type="checkbox"/> Respiración dificultosa <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Tos Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Aturdimiento	GI / GU / Hepático: <input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal <input type="checkbox"/> Incontinencia vesical <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómitos <input type="checkbox"/> Heces con sangre / Vómito con sangre	Ojos / Oídos / Nariz / Garganta / Boca: <input type="checkbox"/> Dolor de Mandibula <input type="checkbox"/> Alteraciones Visuales <input type="checkbox"/> Trastornos sinusales
Musculoesquelético: <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Espasmo muscular <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones	Neurológico: <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Hormigueo/ Entumecimiento <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica <input type="checkbox"/> Caminado Inestable <input type="checkbox"/> Caídas Recientes	Psiquiátrico: <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas <input type="checkbox"/> Planificación Suicida <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Episodios de Llanto <input type="checkbox"/> Ansiedad	Otro (por favor explique): _____ _____ _____ _____ _____

MEDICAMENTOS (incluyendo sin receta, vitaminas, hierbas, etc.)

No tomo ningún medicamento.

Nombre del Medicamento:	Dosis / ¿Cuántas veces por día?	Nombre del Medicamento:	Dosis / ¿Cuántas veces por día?

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

--	--	--	--

¿Está tomando medicamentos que reducen la sangre? NO Sí Medicamento: _____

ALERGIAS

NO tengo alergias.

Alergia:	Reacción:	¿Eres alérgico al látex?	¿Eres alérgico a los mariscos o al yodo?
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

HISTORIA MÉDICA PERSONAL

Estatura: _____ Peso: _____

¿Te han tratado alguna vez de los siguientes?

Constitucional: <input type="checkbox"/> Cáncer, por favor explica: _____ _____ <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune (explicar): _____ _____ _____	Respiratorio: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> EPOC / Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> TB/Tuberculosis <input type="checkbox"/> Oxígeno de Hogar	Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Alta Presion Sanguinea <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Pulso Irregular <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Anemia/Desórdenes Hemorrágicos <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Desfibrilador	GI / GU / Hepático: <input type="checkbox"/> Incontinencia Intestinal <input type="checkbox"/> Incontinencia Vesical <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Inactivo
Endocrino: <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2 <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo Ojos / Oídos / Nariz / Garganta / Boca: <input type="checkbox"/> TMJ	Musculoesquelético: <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Fractura de Vértebras <input type="checkbox"/> Bursitis <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación: _____ _____	Neurológico: <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> RSD/CRPS <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demencia <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Migrañas/Dolores de Cabeza	Psiquiátrico: <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Esquizofrenia / Trastorno esquizoafectivo Otro (por favor explique): _____ _____ _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Alteraciones visuales <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Otro (por favor explique): _____ _____ _____	_____ _____ _____
---	-------------------------	--	-------------------------

HISTORIAL FAMILIAR

 NO Tengo Historial Familiar Importante.
 Soy adoptado y el historial médico es desconocido.

Alta Presion Sanguinea <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Cáncer, tipo: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Diabetes <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Enfermedad de Tiroides <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Enfermedad del Riñon <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Enfermedad Respiratoria <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Enfermedad Neurológica <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Osteoartritis <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre

HISTORIAL SOCIAL

Uso de Tabaco:	Uso de Alcohol:	Uso de sustancias (por favor incluya cualquier historial de uso anterior):	¿Alguna vez ha usado inapropiadamente medicamentos recetados?	Pacientes FEMENINAS:
<input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> Fumador Actual _____ paquetes al día <input type="checkbox"/> Fumador anterior (fecha que paro): _____ <input type="checkbox"/> Mascar Tabaco	<input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> Uso Social _____ Bebidas por Semana <input type="checkbox"/> Historial de Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> Marihuana (incluidos los titulares de la tarjeta médica) <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> No/Nunca <input type="checkbox"/> Sí, por favor explica:	¿Eres sexualmente activo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Estás usando un método anticonceptivo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: _____ ¿Estas amamantando? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Posmenopáusica?

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	--	--	--	---

HISTORIA QUIRÚRGICA

TIPO DE CIRUGÍA	FECHA DE LA CIRUGÍA	TIPO DE CIRUGÍA	FECHA DE LA CIRUGÍA

HISTORIA DE DOLOR

Dolor de cuello
 Dolor en la parte media de la espalda
 Dolor lumbar
 Dolor de brazo/pierna
 Dolor de cabeza/migraña

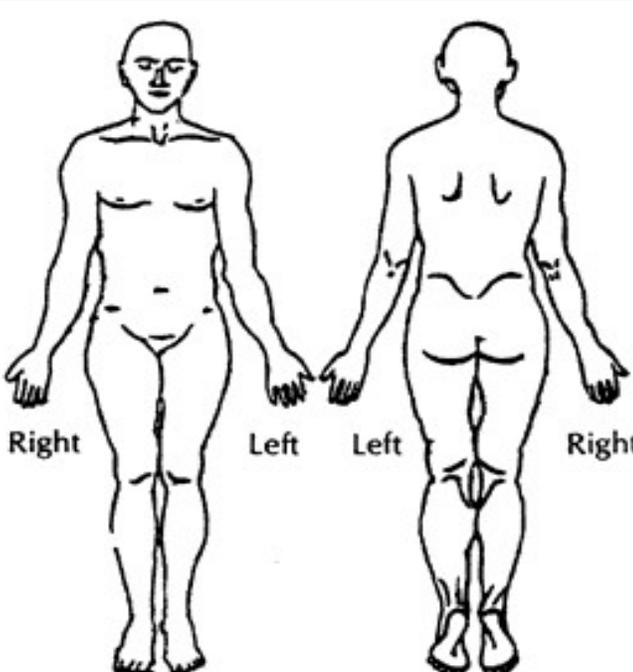
Dolor Irradiante

Otro: _____

¿Cuándo comenzó su dolor? _____ ¿Qué causó tu dolor? _____

Tu dolor comenzó (círcule uno):
Repentinamente
Gradualmente
 Zurdo
 Diestro
 Ambidextro

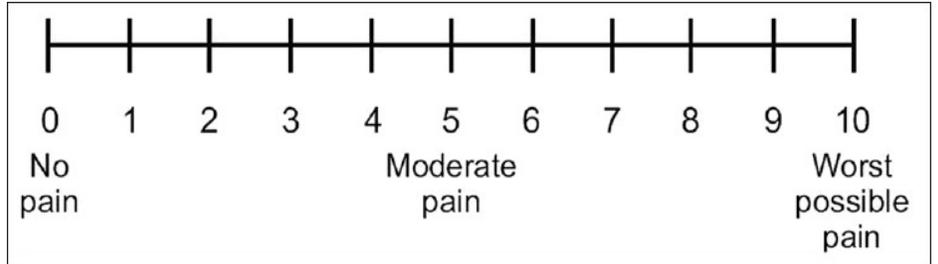
INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Marque su dolor en el diagrama	
<p>Etiquetar áreas con los siguientes →</p> <p>“P”= Hormigueo “B”= Ardiente “S”= Puñalada “A”= Dolor “N”= Entumecimiento</p>	

DESCRIBA SU DOLOR

Usando la escala de dolor 0-10, califique su dolor:

_____ Tu Dolor Hoy
_____ Tu Peor Dolor
_____ Tu Dolor Mínimo
_____ Tu Dolor Promedio en la semana pasada



DESCRIBA SU DOLOR

- Constante
 Intermitente
 Peor en la Mañana
 Peor en la Noche
 Dolor
 Ardiente
 Calambres
 Agudo/ Eléctrico
 Disparo
 Espasmo
 Palpitante
 Opresión

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Otro: _____

¿Qué empeora su dolor?

Inclinarses hacia Adelante/atrás Toser Conducir Sentarse De pie Caminar Levantarse desde una posición sentada

Ruido Luz Sonido Olores Acosado Otro: _____

¿Qué aspectos de su vida han sido afectados por su dolor?

Actividades Generales Trabajo Animo Relaciones Ejercicio Dormir Caminar Cuidado Personal

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

¿Qué pruebas ha completado para su dolor actual? No he completado pruebas con anterioridad.

MRI Fecha de la prueba: _____ Radiografía Fecha de la prueba: _____

CT Scan Fecha del la prueba: _____ Ultrasonido Fecha de la prueba: _____

EMG/NCV Fecha de la prueba: _____ Analisis de Laboratorio Fecha de la prueba: _____

¿Dónde finalizó la prueba anterior? _____

TRATAMIENTOS PREVIOS PARA EL DOLOR

¿Qué tratamientos ha completado para su dolor?

<input type="checkbox"/> Descanso <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Fisioterapia # de sesiones: _____ <input type="checkbox"/> Terapia Quiropráctica <input type="checkbox"/> Unidad TENS <input type="checkbox"/> Inyecciones Trigger Point <input type="checkbox"/> Inyecciones articulares <input type="checkbox"/> Inyecciones epidurales de esteroides <input type="checkbox"/> Bloques nerviosos <input type="checkbox"/> Ablación por radiofrecuencia	<input type="checkbox"/> Ubicación del estimulador de la médula espinal: _____ <input type="checkbox"/> Tipo/ubicación de cirugía de columna vertebral: _____ <input type="checkbox"/> Antiinflamatorio / Acetaminofeno <input type="checkbox"/> Medicamentos para Nervios <input type="checkbox"/> Relajantes Musculares <input type="checkbox"/> Opioides <input type="checkbox"/> Cremas / parches tópicos <input type="checkbox"/> Vitaminas / Hierbas <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Encierra en un círculo cada caja que aplica

HERRAMIENTA DE RIESGO OPIOIDES		
Encierra en un círculo cada caja que aplica	Pacientes Femeninos	Pacientes Masculinos
Historial familiar de abuso de sustancias		
• Abuso de alcohol	1	3
• Abuso ilegal de drogas	2	3
• Abuso de medicamentos recetados	4	4
Historial personal de abuso de sustancias		
• Abuso de alcohol	3	3
• Abuso ilegal de drogas	4	4
• Abuso de medicamentos recetados	5	5
Edad entre 16-45 años	1	1
Historia Abuso sexual preadolescente	3	0
Condiciones Psicológicas		
• ADD; OCD; Bipolar; Esquizofrenia	2	2
• Depresión	1	1
PUNTAJE TOTAL		

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

El respeto, la confianza son componentes necesarios para la relación entre proveedor y paciente. Le agradecemos por permitir que nuestra práctica ayude con su dolor. El objetivo de este acuerdo es informarle a usted, el paciente, sobre la intención de nuestra práctica de proporcionar un control del dolor seguro y responsable cuando se usan sustancias controladas (esto incluye el uso de analgésicos recetados). Por favor revise cuidadosamente y firme/fecha donde se indica.

- Entiendo que los medicamentos de sustancias controladas (incluidos los analgésicos recetados) pueden estar asociados con efectos secundarios adversos, que incluyen pero no están limitados a: náuseas, picazón, somnolencia, mareos, depresión o paro respiratorio, estado mental alterado, presión arterial baja, frecuencia cardíaca baja, interacciones con mis otros medicamentos recetados y/o sin receta, estreñimiento, reacción alérgica, disminución del libido, retención urinaria, niveles bajos de testosterona, tolerancia al dolor alterada, tolerancia alterada a medicamentos, dependencia física y/o adicción y sobredosis mortal (muerte).
- Entiendo que el dolor de cada paciente es diferente. El régimen de medicamentos seleccionado para mí es individualizado en función de mi dolor informado, la evaluación exhaustiva de mi proveedor médico (incluida la revisión de los resultados de las pruebas de diagnóstico), mi historial médico y social y los objetivos de control del dolor discutidos conmigo por mi proveedor médico. Entiendo que mi régimen de medicamentos cambiará de manera adecuada de acuerdo con los cambios en mi dolor informado y plan de tratamiento.
- Solo obtendré medicamentos de sustancias controladas para mi dolor de Orange Medical, LLC. No llenaré un medicamento de sustancias controladas para el dolor de otra persona que recete (incluso la sala de emergencias, atención de urgencia, un cirujano o dentista) sin discutir y obtener la aprobación de la oficina.
- Utilizaré una farmacia designada para llenar mis recetas de medicamentos con sustancias controladas. Si cambio de farmacia, es mi responsabilidad informar a la oficina y actualizar la información.
- Entiendo que las recetas y medicamentos perdidos, extraviados o robados (pastillas / parches) no serán reemplazados.
- Entiendo que no se otorgarán los resurtidos anticipados, por lo tanto, no debo abusar de mis medicamentos ni aumentarlos por mi cuenta. Debo tomar mi medicamento solo según lo prescrito.
- Entiendo que no debo compartir mi medicamento de sustancias controladas con otras personas, ni tampoco debo tomar medicamentos de otras personas con sustancias controladas.
- Entiendo que la venta de mi medicamento con sustancias controladas es ilegal y me abstendré de realizar esta actividad.
- Con el fin de prevenir daños a otros, es mi responsabilidad asegurar mi medicamento de sustancias controladas. Al hacerlo, se evita el mal uso, el abuso o la ingestión accidental por parte de terceros. Recomendamos un dispositivo bloqueado (caja de seguridad / bloqueo).

INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

- Discutiré la necesidad de disponer de mi medicamento con sustancias controladas en la oficina para garantizar que la eliminación se realice de manera segura.
- No beberé alcohol, usare marihuana u otras sustancias ilegales mientras use medicamentos con sustancias controladas.
- Pacientes femeninos: actualmente no estoy embarazada ni en periodo de lactancia. Notificaré a mi recetador si planeo o si estoy embarazada. Entiendo que se puede ordenar una prueba de embarazo para que se la considere candidata opioide.
- No tengo pensamientos o planes suicidas. No planeo dañar a otros. Si estas circunstancias cambian, lo notificaré inmediatamente a Orange Medical, LLC. Se puede comunicar con la línea directa nacional de suicidios llamando al 1-800-273-8255.
- Los medicamentos de sustancias controladas pueden afectar (y disminuir) la función cognitiva, la toma de decisiones, los reflejos, la concentración, la estabilidad mental y la coordinación. Por lo tanto, Orange Medical, LLC recomienda no conducir un vehículo de motor u operar maquinaria pesada mientras toma medicamentos de sustancias controladas.

ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (continuación)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

- Presentaré pruebas de drogas en orina/suero y/o recuentos de medicamentos solicitados (conteo de píldoras) que mi proveedor médico considere necesarios.
- Orange Medical, LLC cumple con todas las regulaciones / recomendaciones federales y estatales con respecto a la prescripción de medicamentos de sustancias controladas. Por lo tanto, coordinaremos con sus prescriptores y farmacias anteriores o actuales para ayudar a desarrollar y controlar su régimen de medicamentos.
- Entiendo que el uso a largo plazo de medicamentos de sustancias controladas (particularmente para el dolor) puede tener ventajas y desventajas. Orange Medical, LLC utilizará un enfoque integral para tratar y controlar mi dolor crónico. Es mi responsabilidad cumplir con mi plan de tratamiento, que incluye asistir a mis citas programadas, completar las pruebas de diagnóstico solicitadas y participar activamente en mi cuidado.

Entiendo que los términos de este acuerdo están vigentes para mi seguridad y la de quienes me rodean. Los términos de este acuerdo son mi responsabilidad. Me adheriré a los términos de este acuerdo. Si violo cualquier término de este acuerdo, entiendo que mi proveedor médico determinará el curso de acción más apropiado que puede incluir discontinuar la prescripción de mis medicamentos de sustancias controladas, una referencia a un especialista en adicciones y / o la terminación de Orange Medical, LLC. Orange Medical, LLC obtendrá de mí un Acuerdo de Sustancias Controladas actualizado según el protocolo de práctica. Aclararé cualquier pregunta que tenga sobre el acuerdo con mi proveedor médico.

Fecha: _____



INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Firmado Por: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal

Imprimir el Nombre del Paciente

Imprimir el Nombre del Tutor Legal, Si Corresponde

Relación con el Paciente

Consentimiento del paciente para uso y divulgación de información médica protegida

Por la presente doy mi consentimiento para que Orange Medical, LLC use y divulgue la información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica (TPO). (El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionado por Orange Medical, LLC describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa).

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Orange Medical, LLC se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado de prácticas de privacidad mediante el envío de una solicitud por escrito a: Orange Medical, LLC, 2626 E. University Drive # 110 Mesa, Arizona 85213.

Con este consentimiento, Orange Medical, LLC puede llamar a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada perteneciente a la atención clínica, incluidos los resultados de pruebas de laboratorio, entre otros.

Con este consentimiento, Orange Medical, LLC puede enviar correos a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente. ya que están marcados como "Personales y Confidenciales".

Con este consentimiento, Orange Medical, LLC puede enviar un correo electrónico a mi casa u otra ubicación alternativa y cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente.

Con este consentimiento, Orange Medical, LLC también cargará el correo electrónico en nuestro nuevo sistema electrónico de registros médicos (EHR) y el paciente tendrá acceso a su información, pero se limitará a su demografía, laboratorio y radiografías.

Tengo derecho a solicitar que Orange Medical, LLC restrinja la forma en que utiliza o divulga mi PHI para realizar TPO. La práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo. By signing this form, I am consenting to allow Orange Medical, LLC to use and disclose my PHI to carry out TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones confiando en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, Orange Medical, LLC puede negarse a brindarme tratamiento.



INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Fecha: _____

Firmado Por: _____
Firma del Paciente o Tutor Legal

Imprimir el Nombre del Paciente

Imprimir el Nombre del Tutor Legal, Si Corresponde

Relación con el Paciente

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO

Yo, _____, eh recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Fecha: _____

Firmado Por: _____
Firma del Paciente o Tutor Legal

Imprimir el Nombre del Paciente

Imprimir el Nombre del Tutor Legal, Si Corresponde

Relación con el Paciente

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIONES

Para reparar su cuenta o cobrar cualquier cantidad que deba, acepta que Orange Medical, LLC y nuestros agentes pueden comunicarse con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbrico, lo que podría generarle cargos.

También podemos contactarlo enviando mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de dispositivos de marcación automática.



INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Fecha: _____

Firmado Por: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal

Imprimir el Nombre del Paciente

Imprimir el Nombre del Tutor Legal, Si Corresponde

Relación con el Paciente

POLÍTICA FINANCIERA

1. **PAGO** – El pago de los servicios se espera en el momento de su visita. (Esto incluye copagos, deducibles, coseguros, tarifas por citas perdidas, pago por adelantado del procedimiento, saldo impago después de que el seguro pagó su parte, vencimiento, etc.). Si se realiza un prepago por cualquier servicio y se debe realizar un reembolso después de los procesos de seguro, cualquier saldo pendiente en su cuenta se deducirá antes de emitir su reembolso. Aceptaremos efectivo, cheque o tarjeta de crédito. El pago incluirá cualquier deducible no cubierto, coaseguro, monto de copago o cargos no cubiertos de su compañía de seguros. Si paga servicios por cuenta propia, se espera el pago total antes de que se presten los servicios. Orange Medical, LLC se reserva el derecho de reprogramar su cita hasta que se cumplan los saldos pendientes. Cualquier excepción a lo anterior debe discutirse con nuestra oficina antes de que se presten los servicios.

2. **SEGURO** – Para su conveniencia, archivaremos todas las reclamaciones de seguros. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su plan de seguro y sus copagos, coaseguros y deducibles asociados (si corresponde). Comuníquese con su compañía de seguros para aclarar cualquiera de los detalles de su plan de seguro.

Deducible: Un monto anual fijo que el paciente es responsable de pagar antes de que el seguro realice un pago. Es su responsabilidad saber si Orange Medical, LLC es una red IN o proveedor FUERA de la red bajo su plan de seguro. Por lo general, existen deducibles por separado para servicios dentro de la red o fuera de la red.

- **Co-Pago:** Un monto fijo en dólares por visita al consultorio que es responsabilidad del paciente. Su copago vence en el momento del servicio.
- **Co-Seguro:** Un porcentaje del cargo que es responsabilidad del paciente.



INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Su compañía de seguros le enviará una Explicación de beneficios (EOB) que detalla un resumen de cómo su compañía de seguros administró sus beneficios. La EOB también detallará su responsabilidad financiera restante. Si tiene preguntas con respecto a su EOB, comuníquese con su proveedor de seguros.

Si su compañía de seguros no le paga a Orange Medical, LLC dentro de un período de tiempo razonable, se le facturará. Si luego recibimos el pago de su aseguradora, le reembolsaremos cualquier pago en exceso, menos cualquier saldo pendiente en su cuenta.

Autorizo a Orange Medical, LLC a contactar a mi compañía de seguros o administrador de plan de salud y obtener toda la información financiera pertinente sobre la cobertura y los pagos según mi política. Ordeno a la compañía de seguros o al administrador del plan de salud que divulgue dicha información a Orange Medical, LLC. Autorizo a Orange Medical, LLC a divulgar toda la información médica solicitada por mi compañía de seguros de salud, Medicare, otros médicos o proveedores y cualquier otro tercero que pague.

3. CANCELACIONES O FALTA A CITAS - Si no cancela su cita al menos 24 horas antes, o si no se presenta el día de su cita, le cobraremos las siguientes tarifas:

- \$25.00 Falta a cita clínica
- \$50.00 Falta a cita de procedimiento

4. COMPLETAR DOCUMENTOS— Nos complace completar la documentación adicional para su cuidado. Sin embargo, debido a la naturaleza de dicha documentación, tendremos que cobrar las siguientes tarifas en el momento de la solicitud:

- \$40.00 Documentación FMLA
- \$20.00 Documentación de discapacidad a corto plazo

5. RESPONSABILIDAD POR EL PAGO - Entiendo que, personalmente, soy responsable financieramente de Orange Medical, LLC por los cargos no cubiertos por la asignación de los beneficios del seguro.

POLÍTICA FINANCIERA

He leído y entiendo la política financiera de Orange Medical, LLC:



INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Fecha: _____

Firmado Por: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal

Imprimir el Nombre del Paciente

Imprimir el Nombre del Tutor Legal, Si Corresponde

Relación con el Paciente

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por favor espere 72 horas para procesar su solicitud. Puede haber un cargo de \$ 30.00 por procesar sus registros médicos.

Fecha de solicitud: _____

Fecha de plazo: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/C. P.: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ SS# _____

Registros Solicitados: Informes de imágenes Informes de laboratorio Notas de visita Todos los Registros



INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA PACIENTES NUEVOS

Obtener de Darse los a

Name of Provider/Facility/Yourself: _____

Address: _____

Ciudad/Estado/C. P.: _____

Número de Teléfono: (_____) _____ Número de Fax:(_____) _____

Fecha: _____

Firmado Por: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal

Imprimir el Nombre del Paciente

Imprimir el Nombre del Tutor Legal, Si Corresponde

Relación con el Paciente