

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

NOMBRE: _____ FECHA: _____

1. Por favor marque como ocurrió su problema actual:

☐ De repente ☐ Gradualmente ☐ Agacharse ☐ Estar de pie ☐ Caminar ☐ Levantar peso ☐ Sentarse ☐ Tirar de la cuerda ☐ Torsión ☐ Caída ☐ Accidente de tráfico ☐ Accidente laboral ☐ Otros _____

**2. En detalle por favor explica como sucedió la herida/ el accidente/ condición crónica:
¿Cuándo sucedió? _____**

3. Son sus síntomas principalmente en su: ☐ Espalda ☐ Pierna ☐ Cadera ☐ Rodilla ☐ Tobillo ☐ Cuello ☐ Brazo ☐ Hombro ☐ Codo ☐ Muñeca ☐ Otro: _____

Tiene algún dolor irradiado en el brazo o la pierna? ☐ Sí ☐ No

Adonde va? ☐ Brazo (izq. o der.) ☐ Pierna (izq. o der.) ☐ Manos (izq. o der.) ☐ Pies (izq. o der.)

Tiene entumecimiento o hormigueo en los brazos o piernas? ☐ Sí ☐ No

Tiene debilidad en los brazos o piernas? ☐ Sí ☐ No

El Dolor no lo deja dormir? ☐ Sí ☐ No

4. Hace cuanto tiempo tiene estos síntomas?

☐ < 2 meses ☐ 2-6 meses ☐ 6-12 meses ☐ > 1 año

El dolor es: ☐ Constante ☐ Viene y va ☐ Otro: _____

Que ayuda el dolor? ☐ Reposo ☐ Hielo ☐ Calor ☐ Medicación ☐ Cambio de posturas. ☐ Acostado ☐ Sentado ☐ De pie ☐ Otro: _____

Que empeora el dolor? ☐ Sentado ☐ Parado ☐ Caminando ☐ Levantar algo

☐ Girar la cabeza a la izquierda ☐ girar la cabeza a la derecha ☐ Mirando para arriba/ abajo

☐ Doblándose hacia atrás ☐ Doblándose hacia adelante ☐ Durante ejercicio ☐ Después de ejercicio ☐

☐ Halando ☐ Empujando ☐ Acostado ☐ Agachándose ☐ Otro: _____

Tratamientos y Pruebas Anteriores:

Has visto otro doctor por este problema? ☐ Si ☐ No **Quien:** _____

Que medicamentos ha tomado por este problema? ☐ relajante muscular ☐ Medicamento para dolor ☐ antiinflamatorio (receta o sin receta) ☐ Otro: _____

Cual examen les han hecho? ☐ CT Scan ☐ MRI ☐ X-ray ☐ EMG ☐ Otro: _____

Recibió fisioterapia o tratamiento quiropráctico? ☐ Si ☐ No

El tratamiento mejoro sus síntomas? ☐ Si ☐ No

Tuviste inyecciones para su problema? ☐ Iny. Epidural de Esteroides. ☐ Iny. Facetaria ☐ Iny. Punto Gatillo ☐ Radiofrecuencia ☐ Bloqueo de Rama Medial ☐ Iny. En la Articulación Sacroilíaca ☐ Otro: _____

Tuviste cirugías previas para su problema? ☐ Si ☐ No Si, Por favor descríbalos: _____

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

Antecedentes de cirugía:

Indica cualquier CIRUGIA ANTERIOR que haya tenido y las fechas:

Historial Médico:

Indique todas las condiciones médicas preexistentes de las que tenga conocimiento, incluidas, entre otras, cualquier herida previa en la(s) zona(s) de su cuerpo para la(s) que solicita tratamiento:

☐ Alzheimer's/Dementia	☐ Ansiedad	☐ Asma	☐ Fibrilacion Auricular	☐ Desordenes de la sangre
☐ Coagulos sanguineos	☐ Bronquitis	☐ Cancer	☐ insuficiencia cardíaca congestiva	☐ COPD
☐ Enfermedad arterial coronaria	☐ Desfibrilador	☐ Depresión	☐ Diabetes	☐ Enfisema
☐ Reflujo gastroesofágico	☐ Gota	☐ Infarto de miocardio	☐ Enfermedades cardiacas	☐ Murmullo cardíaco
☐ Hepatitis	☐ Hipertensión	☐ Colesterol alto	☐ VIH/SIDA	☐ Enfermedad renal
☐ Fiebre reumática	☐ Convulsiones	☐ Trastornos del sueño	☐ Derrame cerebral o AIT	☐ Enfermedad de tiroides
¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO EN EL PASADO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?				
☐ Tratamiento del tobillo	☐ Tratamiento del codo	☐ Tratamiento de la cadera	☐ Tratamiento de la rodilla	☐ Tratamiento del dolor lumbar
☐ Tratamiento del dolor de espalda media	☐ Tratamiento del dolor cervical	☐ Tratamiento del hombro	☐ Tratamiento de la muñeca	

Indique TODOS LOS MEDICAMENTOS que toma actualmente (incluidos los de venta libre, vitaminas, y hierbas medicinales)

NOMBRE DE MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

¿Tiene **ALERGIAS** a algún medicamento? ☐ **NINGUNA ALERGIA CONOCIDA A MEDICAMENTOS**

En caso afirmativo indique las **ALERGIAS** que tenga a alimentos, medicamentos y tipo de reacción:

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

Historia Social:

Fuma? ☐ No ☐ Sí

Si es así: ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ¿y cuántos? ____ Cigarrillos/día ____ Cajetillas/día

¿Consume usted alcohol? ☐ No ☐ Sí Si es así: ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente y en qué cantidad _____

¿Está usted trabajando? ☐ No ☐ Sí Si es así, ¿cuál es su ocupación? _____

Su problema actual, ¿le afecta a su capacidad para trabajar? ☐ No ☐ Sí Si es así, cómo le limita: _____

Revisión de las quejas actuales: ¿Presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas:

Problema	No	Si	Por favor, explíquelo abajo:
GENERAL: Fiebre, Pérdida de peso, Dificultad para dormir			
PIEL: Erupciones, abrasiones, hematomas, bultos/protuberancias			
Ojos: Cambios en la visión - visión borrosa o doble			
ORL: Zumbido de oídos, dificultad para mantener el equilibrio			
Neuro: Migrañas/dolores de cabeza, convulsiones, mareos			
Neuro: Nueva aparición de ansiedad/depresión, pérdida de memoria			
Corazón: Dolor torácico, Hinchazón de tobillos, Palpitaciones			
Resp: Tos, Dificultad respiratoria, Sibilancias			
GI: Náuseas, Vómitos, Cambios en el apetito, Úlceras			
GU: Dificultad para orinar, Incontinencia, Cambios intestinales			
Dolor de cuello o espalda, Dolor irradiado, Entumecimiento			
Dolor de hombro, rodilla, brazo, pierna, codo, cadera, tobillo			
Debilidad en cualquier extremidad			
Problemas reproductivos o sexuales			

Historia familiar: ¿Algún miembro de su familia tiene un historial de:

Problema	No	Si
Ansiedad/Depresión		
Artritis o dolor articular		
Diabetes		
Hipertensión		
Problemas cardíacos		
Problemas de tiroides		
Problemas psiquiátricos		
Trastornos hemorrágicos		
Cáncer		
Epilepsia		
Reacción adversa a la anestesia		

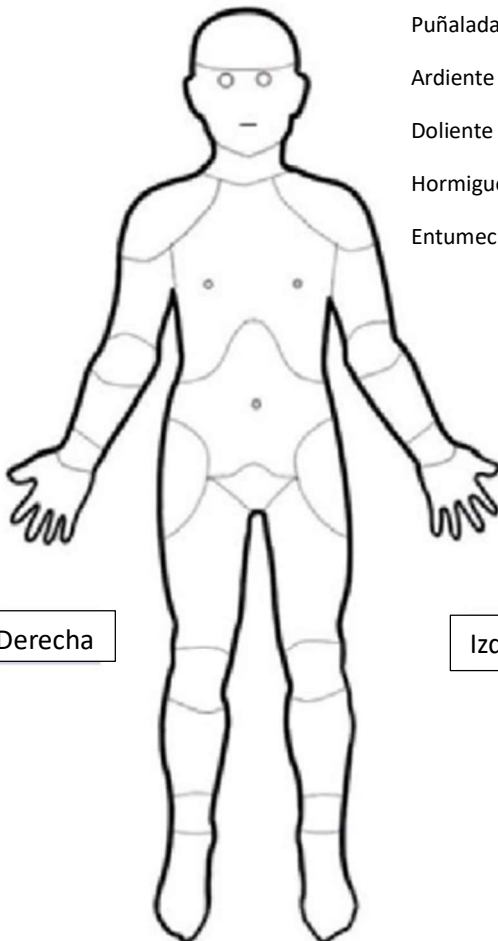
Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

¿Dónde siente dolor ahora?

Por favor, indique en la tabla siguiente el porcentaje de dolor que tiene de media en la parte del cuerpo apropiada y marque el dolor correspondiente en el cuerpo y marque el dolor correspondiente en el cuerpo: Porcentaje total=100%

Cuello	% D I	Hombro	% D I
Espalda	% D I	Cadera	% D I
Pierna	% D I	Brazo	% D I
Rodilla	% D I	Codo	% D I
Tobillo	% D I	Muñeca	% D I



Derecha

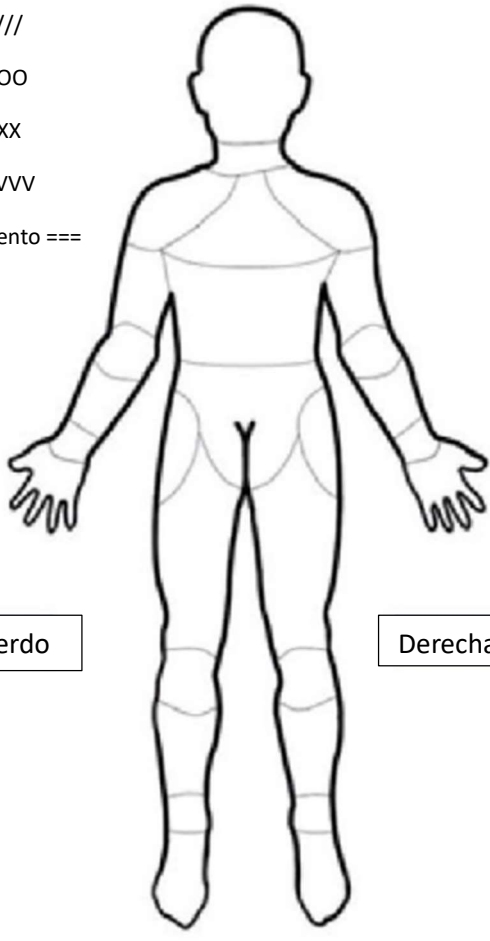
Puñalada ///

Ardiente OOO

Doliente XXX

Hormigueo VVV

Entumecimiento ===



Izquierdo

Derecha

Marque con una "X" la cara que describa con mayor precisión su grado general de dolor.

Wong-Baker FACES™ Pain Rating Scale



Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

Deseamos mantener actualizada y completa la información aplicable a su tratamiento en nuestras instituciones; por lo tanto, le pedimos que indique a abajo si tiene cobertura de seguro médico. Puede que podamos (o que no podamos) cobrarle a su seguro, debido a que no formamos parte de la red de ninguna compañía. Muchas gracias.

☐ Sí, tengo seguro médico.

Seguro principal

Nombre del seguro _____

Número de póliza _____

Seguro secundario

En caso afirmativo, nombre de la compañía _____

Número de póliza _____

☐ No, no tengo seguro médico.

Importante

Presente las tarjetas de seguro al
personal de recepción. Muchas gracias.

Firma: _____ Fecha: _____

Imprime Nombre: _____

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

Nombre	inicial del segundo nombre:	Apellido	Sexo: Hombre Mujer
Dirección:	APT #:	Ciudad:	Estado/ código postal:
Fecha de nacimiento:	SSN:	Estado Civil: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ En Pareja ☐ Viudo	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	¿Podemos activar el portal web del paciente? (obligatorio)	
Correo electrónico (obligatorio):			
¿Cuál es su método de contacto preferido? ☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono celular ☐ Correo electrónico ☐ Correo			
Ocupación: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Cuenta propia ☐ Sin empleo ☐ Retirado			
Contacto de emergencia:	Teléfono de contacto:	Relación con el paciente: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hermanos ☐ Padres ☐ Amigo	
¿Tiene una Directiva Anticipada o un Testamento en Vida? ☐ Si (por favor presente una copia a la oficina.) ☐ No			
Raza: ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano ☐ asiático de las islas del Pacífico ☐ indio americano ☐ otra raza			
Idioma preferido:	Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No hispano ☐ No declarado/ se niega a declarar		
Indique el nombre de su farmacia, de acuerdo con la ley:		Teléfono: Código postal:	

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

Consentimiento para el Tratamiento y la Asignación de Beneficios

_____(Iniciales) Yo, el paciente referenciado o abajo firmante, acepto que la entidad proveedora de atención medica con la que estoy contratado, no me debe indelegable de proporcionarme atención medica no negligente. Por lo tanto, estoy de acuerdo en que en cuanto a cualquier reclamo que pueda tener o adquirir con respecto o que involucre mi atención que incluya, en su totalidad o en parte, un reclamo de responsabilidad por conducta negligente o deficiente (ya sea por acto o comisión), por la presente libero a la entidad proveedora de atención medica mencionada anteriormente de toda responsabilidad, y buscare únicamente el medico que me trata, o opera en mí, para todos y cada uno de los reclamos de responsabilidad o danos.

_____(Iniciales) Por lo presente doy mi consentimiento voluntario para la prestación de atención, incluido el tratamiento, la administración de anestesia y la realización de procedimientos de diagnóstico/ o quirúrgicos. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de médicos/ proveedores que son contratistas independientes para MID FL ORTHO KISSIMMEE-MELBOURNE LLC, tiene una relación financiera con los médicos/ proveedores que me brindan sus servicios médicos, y por lo presente autorizo y doy mi consentimiento a cualquier división de tarifas entre MID FL ORTHO KISSIMMEE-MELBOURNE LLC, y cualquier medico/ proveedor que sera un contratista independiente.

Consentimiento para el tratamiento de un menor:

_____(Iniciales) Con plena comprensión de todo lo anterior, yo por la presente consiento y autorizo la realización en el paciente de la evaluación clínica y el procedimiento de diagnóstico ordenado MID FL ORTHO KISSIMMEE-MELBOURNE LLC.

Nombre del Menor: _____

Firma del Padre o Guardian: _____

Acuerdo Financiero

_____(Iniciales) Por lo presente doy autorización para que el pago de los beneficios del seguro se haga directamente al proveedor y a cualquier médico asistente por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los gastos de cobro y los cargos razonables de los abogados. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. Asimismo, acepto que una fotocopia de este acuerdo será válida como original.

_____(Iniciales) La autorización del seguro debe ser obtenida antes de que un paciente sea visto, si no informo a los médicos vistos en esta clínica de mi seguro actual y el seguro es negado debido a la falta de autorización, seré responsable del pago. Si autorización no se obtiene de la compañía de seguros antes de mi cita programada y todavía elijo ver al médico, seré responsable de la cuenta en el momento del servicio.

_____(Iniciales) He recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir su Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente: _____

O Firma del responsable: _____

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

Asignación De Beneficios

Hoy por la presente autorizo y ordeno a usted mi compañía de seguros y / o mi abogado pagar directamente a MID FL ORTHO KISSIMMEE-MELBOURNE LLC, PLCC (" Cesionario") las sumas que puedan ser debidas y adeudadas al cesionario por servicios prestados por accidente enfermedad y por cualquier otra factura otra dada al secretario y retener dichas sumas de cualquier beneficio para discapacidad pagos médicos beneficios sin culpa o cualquier otro beneficio de seguro en el que pueda tener un derecho o interés en cualquier aspecto incluyendo como reembolso de cualquier acuerdo sentencia o versículo en mi nombre según sea necesario para proteger y satisfacer adecuadamente los cargos de dicho escenario ya sea que tenga o no cobertura de seguro entiendo que sigo siendo personalmente responsable del pago de los servicios prestados. Además doy un gravamen de prioridad y revocable a dichos escenarios contra todos los beneficios de seguro a los que se hace referencia en este documento y todos y cada uno de los ingresos de cualquier acuerdo juicio o verídico que se me debe o se me pague como resultado de las lesiones o enfermedades por las cuales he sido tratado por el escenario esto es para actuar como una asignación de mis beneficios en la media de los servicios prestados por el escenario pero no como una declaración de ningún deber en el caso de que cualquiera compañía de seguros que pueda estar obligada a pagarme por los cargos realizados por su servicio retrase o se niegue a realizar el pago por la causa de acción que pueda tener o que pueda exigir a mi favor contra dicha compañía autorizó el escenario procesar dicha causa una acción ya sea en mi nombre o en el escenario y además autorizó el escenario a comprometer a resolver dicho reclamo o causa de acción como el escenario considere oportuno.

Dirección de Pago

Por lo presente autorizo y instruyo a cualquier compañía de seguros o abogado para que pague directamente al escenario el montón de ésta y futuras facturas por los servicios prestados sin limitación de ningún otro término de esta asignación o cualquier otro acuerdo con el cesionario también acepto pagar de manera actual cualquier diferencia entre los cargos totales y en el montón pagado por la compañía de seguros directamente al escenario esta asignación también le permite el cesionario endulzar cualquier cheque o giro proporcionado a los cesionario en mi nombre para fines de pago para los servicios prestados a mí por el cesionario o sus empleados contratistas o agentes.

Reserva De Beneficios

Tenga en cuenta de más por lo presente le notificó de conformidad con la jurisprudencia de Tennessee hoy que si usted la compañía o la compañía de seguros niega, reduce, retrasa, o no paga cualquier parte de la factura completa que se presentó en mi nombre de este proveedor de atención médica yo (el cedente) y el cesionario (proveedor de atención medica) estamos solicitando por adelantado, usted reserva o reserva la cantidad reducida o denegada o retrasada hasta que se resuelva la disputa siempre a un cheque a este proveedor de atención médica que es menor que el montón contractual correcto y contiene cualquier lenguaje que se refiera o pretende declarar el pago como "pago completo y final", O similar entonces le ha dado instrucciones a este proveedor de atención médica para que le devuelva el cheque a usted (la aseguradora) y con su daré la factura aún vencida y adeudada además el montón restante de mis beneficios acerca a un montón en el que no había fondos suficientes para pagar el montón que usted redujo retraso o no pago notifíqueme a mí (el cedente) y este proveedor de atención médica(el cesionario)de inmediato.

Firma: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Health Care Provider

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC
2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1
Melbourne, FL 32935



/S/ Assignee/ Healthcare provider
Jeffrey Kugler, Administrator

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935



Formulario De Divulgación De Historiales Médicos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Persona que solicita el registro y la realización: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono durante el día: _____

Al firmar este formulario le autorizó a divulgar información médica confidencial sobre mí al divulgar una copia de mis registros médicos o un resumen o narrativa de mi información médica protegida a la(s) persona(s) o entidad que se enumeran a continuación

**Doy permiso para que mi información médica / notas médicas sean
divulgado a la siguiente:**

☐ Médico de cabecera ☐ Médico que me remite ☐ Abogado que me representa
☐ Seguro de automóvil/seguro médico ☐ Entidad a la que me han remitido en relación con el
tratamiento

Personas con las que podemos hablar sobre su atención médica:

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Doy permiso para divulgar mi información médica protegida a la siguiente entidad:

MID FL ORTHO KISSIMMEE-MELBOURNE LLC, PLLC

FAX: (321)425-2548

MEDICO: _____

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935



A CMS-Contracted Medicare Administrative Contractor

El artículo 4507 de la Ley de Presupuestos Equilibrados de 1997 permite a un médico o facultativo entrar en un contrato privado con un beneficiario de Medicare. Escriba el nombre del proveedor y nombre del beneficiario en las cajas adecuadas. Se requiere la firma del proveedor, de un testigo y del paciente/beneficiario. El proveedor debe presentar a Medicare una declaración jurada en la que exprese su decisión de optar por no participar.

Yo _____ (nombre del proveedor) no he sido excluido de Medicare en base a los artículos 1128, 1156 ó 1892 de la Ley de Seguridad Social

_____ (NPI del proveedor)

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal aceptamos la plena responsabilidad del pago de los cargos por todos los servicios prestados por _____ (nombre del proveedor).

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal entendemos que los límites de Medicare no se aplicarán a lo que _____ (nombre del proveedor) puede cobrar por los artículos o servicios prestados.

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal aceptamos no presentar una reclamación a Medicare ni pedir a _____ (nombre del proveedor) que presente una reclamación a Medicare.

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal entendemos que Medicare no pagará por ningún artículo o servicio proporcionado por _____ (nombre del proveedor) que Medicare habría cubierto si no hubiera existido un contrato privado y se hubiera presentado una reclamación de Medicare adecuada.

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal aceptamos este contrato sabiendo que tengo derecho obtener artículos y servicios cubiertos por Medicare de un médico y/o profesional que no haya optado por la exclusión de Medicare, y que no estoy obligado a suscribir contratos privados que se apliquen a otros servicios cubiertos por Medicare prestados por otros médicos o profesionales que no hayan optado por la exclusión.

Mid Florida Ortho Kissimmee-Melbourne, LLC

2571 W Eau Gallie Blvd Suite 1, Melbourne, FL 32935

La fecha de efectividad esperada o conocida y la fecha de vencimiento esperada o conocida del período de exclusión voluntaria es _____ (fecha de efectividad) y _____ (fecha de vencimiento).

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal entendemos que los planes Medigap no realizan, y que otros planes complementarios pueden optar por no realizar, pagos por artículos y servicios no pagados por Medicare.

Este contrato no puede ser suscrito por mí, (el beneficiario de Medicare), o por mi representante legal durante un momento en el que yo, (el beneficiario de Medicare), requiera servicios de atención de emergencia o servicios de atención de urgencia (Sin embargo, un médico/practicante puede proporcionar servicios de atención de emergencia o de urgencia a un beneficiario de Medicare de acuerdo con 3044.28 de la Ley de Medicare). 3044.28 del Manual de Proveedores de Medicare)

Yo (el beneficiario de Medicare) o mi representante legal recibiremos o habremos recibido una copia (se permite una fotocopia) de este contrato antes de que se me proporcionen artículos o servicios bajo los términos de este contrato.

Yo _____ (nombre del proveedor) conservaré el contrato original (se requieren las firmas originales de ambas partes) durante el período de exclusión voluntaria.

Yo _____ (nombre del proveedor) suministraré a CMS una copia de este contrato a solicitud.

Yo _____ (nombre del proveedor) entiendo que el contrato privado actual permanecerá en vigor durante dos años. Si vuelvo a optar por excluirme de Medicare, completaré rápidamente un nuevo contrato para cada beneficiario de Medicare y presentaré rápidamente la(s) declaración(es) jurada(s) correspondiente(s) a todos los proveedores locales de Medicare.

NPI del proveedor: _____ Especialidad del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal del paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____

Email de contacto: _____