

# COLLIER SPORTS MEDICINE & ORTHOPAEDIC CENTER

¿Cómo fue referido? \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE: imprimir nombre legal

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ M\_\_ o H\_\_  
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Movil #: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Solter(o/a)  Casad(o/a)  Otro \_\_\_\_\_  
Nombre de su Espos(o/a)

¿Es mayor de 18?  Si  No Si **no**, proveer nombre legal de Madre/Padre/Guardian legal y su número social.

Nombre de Madre/Padre/Guardian legal: \_\_\_\_\_ #Numero Social \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN EN EL NORTE** (Dirección, Ciudad, Estado, código postal): \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

## EMPLEADOR /ESCUELA

Nombre de su Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

## SEGURO MÉDICO

**Nota:** Haremos copia de su tarjeta de seguro medico

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Si es diferente al de arriba, favor de completar

Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo que cualquier beneficio del seguro se pague directamente al médico que brinda los servicios y reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. También autorizo al médico a divulgar cualquier información necesaria para procesar un reclamo de seguro. Un padre o tutor que será responsable del pago de la factura, en el momento del servicio debe acompañar al niño. No podemos estar obligados por ningún divorcio u otros contratos de relación familiar.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Ocupación:
---------------------	---------------------	------------

**Historial Médico**

Marque los problemas que está teniendo actualmente y describa si la respuesta es (Si).

Ojos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Oídos, Nariz, Garganta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Pulmones/Respiración	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Digestión/Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Hormigueo/Entumecimiento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Cancer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Artritis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____
Alegias	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	_____

¿Quién es su médico? \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Última vacuna contra la gripe? \_\_\_\_\_ ¿Última vacuna contra la neumonía? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es tu peso? \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos/familiares/sociales**

Cirugías/Hospitalizaciones/Enfermedades	Año
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Miembro de Familia	Edad	Viv(o/a)	Fallecid(o/a)	Estado de salud o Causa de la muerte
Padre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Madre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fuma?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Cuántas cajas por día? _____		¿Cuántos años? _____
Consumo Alcohol?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Social	<input type="checkbox"/> Diario

Firma del paciente:	Fecha:
Revisado por:	Fecha:

**Revise nuestra política financiera y dirija cualquier pregunta o inquietud a nuestro gerente de facturación.**

**Medicare**

Esta oficina acepta asignaciones de Medicare. El Gobierno Federal regula todas las tarifas de Medicare. Usted será responsable de todos los deducibles y copagos. Además, usted es responsable de todos los servicios no cubiertos por Medicare, como las visitas al consultorio no relacionadas en el período global, los cargos del asistente quirúrgico para la cirugía y las inyecciones o medicamentos inyectables. Tenga en cuenta que Medicare NO cubre suministros médicos. Usted es directamente responsable de los pagos de los cargos por suministro a la oficina. Nuestra oficina presenta un seguro secundario después del pago de Medicare. Sin embargo, si no recibimos el pago de su proveedor secundario dentro de los 30 días, el saldo será su responsabilidad.

**Planes PPO /Seguro Privados**

Cada paciente es responsable de sus facturas médicas, y el coseguro y los deducibles deben pagarse en el momento de su cita. Como cortesía para usted, presentaremos su reclamo de seguro. Todos los deducibles, copagos y diferencias entre el reembolso de su compañía de seguros y nuestro programa de tarifas son responsabilidad del paciente. Además, los pacientes serán responsables de todos los servicios o suministros no cubiertos, como fibra de vidrio o medicamentos inyectables. Estaremos encantados de ayudarle a apelar a su compañía de seguros si existe una gran discrepancia entre su factura y sus beneficios. Si tiene programada una cirugía, nos comunicaremos con su compañía de seguros para obtener una certificación previa y verificar la cobertura para determinar la responsabilidad del paciente. El monto determinado se pagará en su visita preoperatoria.

**Compensación de trabajadores/Caso legal/Accidente de vehículo**

Se requiere que los pacientes de compensación laboral presenten un aviso de lesión antes de que puedan ser atendidos. No aceptamos cartas de protección como forma de pago en litigios. En tales casos, los pacientes son completamente responsables del pago en el momento en que se presta el servicio. Se requiere un formulario de asignación de beneficios que requiere una firma antes de ser visto para todos los pacientes con accidentes automovilísticos..

**Servicios Médicos Auxiliares**

Cuando su atención médica requiera un centro quirúrgico separado, patología, estudios de laboratorio o examen radiológico, recibirá una factura por separado del centro que preste el servicio. Esta oficina se refiere a las instalaciones de servicios auxiliares que creemos que le brindan la mejor atención médica. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que se haya obtenido la precertificación si es necesario.

**Planes de Pago/Cobranzas**

Cada paciente acepta la responsabilidad total y total por el pago de cualquier servicio prestado a través de esta oficina. Si bien nos complace ayudarlo a presentar su solicitud ante su agencia de seguros, su contrato con su agencia de seguros es completamente independiente de su responsabilidad con esta oficina. Todas las cuentas vencidas estarán sujetas a un cargo por servicio mensual de 1.5. Después de 90 días, las cuentas se entregan a la Agencia de Cobranza de la Costa del Golfo o son procesadas por un abogado, a menos que se hagan otros arreglos con el gerente de facturación. Los pacientes serán responsables de los honorarios de los abogados y los costos de cobro.

Entiendo mi responsabilidad por los servicios prestados por Collier Sports Medicine and Orthopaedic Center.

---

Firma del paciente / Guardian legal

Fecha:

**Notificación de prácticas de privacidad**

Nuestra práctica está comprometida a asegurar la privacidad de su información de salud. En consecuencia, hemos publicado el Aviso de Prácticas de Privacidad de nuestra práctica en el área de recepción. Usted no está obligado a leer este Aviso, sin embargo, nos gustaría su reconocimiento de que se le ha notificado que la práctica tiene dicho Aviso de Prácticas de Privacidad. Su firma a continuación significa su comprensión y la oportunidad de hacer preguntas.

---

Firma del paciente / Guardian legal

Fecha:

# Collier Sports Medicine and Orthopaedic Center, P.A.

## Formulario de accidentes/lesiones

Estimada paciente / Guardian legal

Su contrato de seguro prevé que los beneficios se coordinen con otros seguros médicos por los que pueda estar cubierto. La aseguradora principal paga primero cuando hay más de una compañía de seguros. Para que podamos acelerar su proceso de reclamo, se debe completar la siguiente información. Si el motivo de su visita no es el resultado de un accidente o lesión, indíquelo.

Nombre del paciente:	Fecha:
Número de póliza	Grupo#:

### **DETALLES DEL ACCIDENTE O LESIÓN**

**¿El motivo de su visita es consecuencia de un accidente?**     **Si**     **No**

**Por favor marque si el accidente/lesión está relacionado con alguno de los siguientes:**

Laboral     Auto     Deporte/Escuela     Casa     Otro: \_\_\_\_\_

**¿Ocurrió este accidente/lesión mientras: (marque todo lo que corresponda)**

Levantamiento     Tracción     Empujando     Torciendo     Caída  
 Doblado     Alcanzando     Allanamiento     Golpeado por objeto

¿Cómo ocurrió este accidente?

---

¿Dónde ocurrió el accidente/lesión?

---

He completado este cuestionario y revisado cuidadosamente su contenido. Doy fe de la exactitud y corrección de la información. Las preguntas sin respuesta indican que no se aplican.

Firma del paciente /Guardian Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_