

**Bienvenidos a las oficinas de  
Dr A. S. Martin y Dr M. Milligan  
Favor de llenar completamente**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO
EDAD	SEXO (CIRCULE) MASCULINO    FEMENINO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		ESTADO CIVIL CASADO/A    SOLTERO/A    DIVORCIADO/A    VIUDO/A	
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO EN CASA		NUMERO DE TRABAJO		NUMERO DE CELULAR	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:					

**INFORMACIÓN DE EMPLEO DE LA PERSONA RESPONSABLE O PACIENTE**

NOMBRE DE EMPLEADOR		OCCUPACION	NUMERO DE TRABAJO		
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

NOMBRE DEL DOCTOR		NUMERO DE TELEFONO
-------------------	--	--------------------

**EL MEDICO DE REFERENCIA**

NOMBRE DEL DOCTOR		NUMERO DE TELEFONO
-------------------	--	--------------------

**QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA**

LIBRO DE ASEGURANZA	PAGINAS AMARILLAS	POSTAL	REVISTA	AMIGO/FAMILIAR	OTRO
---------------------	-------------------	--------	---------	----------------	------

**INFORMACION DE ESPOSO/A O PADRES**

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO
SEXO (CIRCULE) MASCULINO    FEMENINO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		RELACION AL PACIENTE		
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
NUMERO DE TELEFONO EN CASA		NUMERO DE TRABAJO		NUMERO DE CELULAR	

**EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:**

NOMBRE DE LA PERSONA		RELACION AL PACIENTE	NUMERO DE TELEFONO		
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

Parte del cuerpo para ser visto: \_\_\_\_\_ izquierdo \_\_\_\_\_ derecho \_\_\_\_\_

¿Cuándo / Como empezó su dolor? \_\_\_\_\_

¿Es este el resultado de una lesión? SI / NO    Como paso? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿ocurrió en el trabajo? SI / NO    ¿Tiene usted un reclamo abierto? SI / NO

¿Tiene usted un abogado? SI / NO                      ¿Tiene una carta de negación de su reclamo? SI / NO

**INFORMACION DE SU PRIMERA ASEGURANZA**

NOMBRE DE LA COMPANIA		NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL ASEGURADO	RELACION AL PACIENTE	# DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO	

**INFORMACION DE SU SEGUNDA ASEGURANZA**

NOMBRE DE LA COMPANIA		NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION	CIUDAD	DIRECCION	CIUDAD
NOMBRE DEL ASEGURADO	RELACION AL PACIENTE	# DE SEGURO SOCIAL	RELACION AL PACIENTE
NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO	

**INFORMACION DE SU TERCERA ASEGURANZA**

NOMBRE DE LA COMPANIA		NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION	CIUDAD	DIRECCION	CIUDAD
NOMBRE DEL ASEGURADO	RELACION AL PACIENTE	# DE SEGURO SOCIAL	RELACION AL PACIENTE
NUMERO DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO	

**SOLAMENTE ACCIDENTES EN EL TRABAJO**

FECHA DE SU ACCIDENTE	NOMBRE DE ASEGURANZA	PERSONA ENCARGADA DE SU CASO	NUMERO DE TELEFONO
¿HA LLENADO LA FORMA EMPLOYER'S C-3 ?		¿A LLENADO LA FORMA DOCTOR'S C-4?	
¿COMO SE LASTIMO/ ACCIDENTO?			

**ACCIDENTES DE AUTO - ESTA OFFICINA NO ACEPTA MED PAY O CUENTAS DE**

¿A NOTIFICADO A SU AZEGURANZA?	FECHA DEL ACCIDENTE DE AUTO
--------------------------------	-----------------------------

**HISTORIA MEDICA****FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS**

LISTE MEDICINA QUE ESTE TOMANDO CON O SIN RECETA & SUPLEMENTOS	DOSIS:	RAZON QUE TOMA LA MEDICINA	EFFECTOS SECUNDARIOS

ALERGIAS:
-----------

**PACIENTES FEMENINAS**

¿ESTA EMBARAZADA? SI / NO	¿ESTA TRATANDO DE ESTAR EMBARAZADA SI / NO
---------------------------	--

**REVISIÓN DE SISTEMAS**

¿ESTA USTED ACTUALMENTE O HA TENIDO PROBLEMAS CON SU:

DESCRIBA SUS RESPUESTAS

OJOS	SI	NO	
OIDOS, NARIZ, GARGANTA			
PULMONES, RESPIRACION			
DIGESTION			
EVACUACION INTESTINAL			
PROBLEMAS DE VEJIGA			
DIABETES			
PRESION ARTERIAL ALTA			
ENFERMEDADES DEL CORAZON			
PROBLEMAS SANGRANDO			
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			
ENTUMECIMIENTO/ HORMIGUEO			
DESMAYO/ SINCOPE			
PROBLEMAS PSICOLOGICOS			
SIDA/ HIV			
CANCER			
ARTHRITIS			
POLIO			
TUBERCULOSIS			
EPILEPSIA			
PROBLEMAS DE RINONES			

**HISTORIA MÉDICA**

Cirugías/Hospitalizaciones	Año	Tuvo Complicaciones

¿Ha tenido anestesia general? Si / NO

¿Ha tenido problemas con anestesia? Si / NO

Describe si tuvo problemas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

🍏 Trabaja en casa    🍏 Empleador (ocupación) \_\_\_\_\_    🍏 estudiante    🍏 Retirado

hijos?    🍏 NO    🍏 SI ¿cuantos hijos? \_\_\_\_\_    ¿Vive Solo/a ?    🍏 NO    🍏 SI

¿Hace Ejercicio?    🍏 Diario    🍏 Semanal    🍏 Mensual    🍏 A veces    🍏 Nunca    Que Tipo? \_\_\_\_\_

¿Historia de abuso de sustancias?    🍏NO    🍏 YES    ¿Qué?

\_\_\_\_\_ Fuma?    🍏 NO    🍏 SI    \_\_\_\_\_ paquetes al día    \_\_\_\_\_ años

Dejo de fumar?    🍏 Este año    🍏 >1 año    🍏 >5 años    🍏 >10 años    \_\_\_\_\_ paquetes al día por \_\_\_\_\_ años

Toma alcohol?    🍏 Diario # de bebidas \_\_\_\_\_    🍏 1-2 x/semana    🍏 1-2 x/mes    🍏 1-2 x/ año    ☐ Nunca

# Dr A. S. Martin y Dr M. Milligan

## Póliza de Colección

Yo, \_\_\_\_\_ acuerdo ser financieramente responsable de todos los cargos efectuados, independientemente de la cobertura de seguro. En el caso de mi cuenta se refiere a un servicio de recolección debido a la falta de pago de mi parte, estoy de acuerdo en pagar todos colección / honorarios de abogados que pueden añadirse a mi cuenta.

Cheque devuelto: US \$ 25,00 NSF efectuará cargos de control inicialmente devuelto impago por su banco. Si el mismo cheque es devuelto por segunda vez, entiendo que mi cuenta puede ser referido a un servicio de recogida de la recuperación.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguro médico para pagar y / o quirúrgicos se beneficia directamente con el Dr. Martin, y el Dr. Milligan asociados y los proveedores de servicios médicos. Yo autorizo la liberación de cualquier información, adquiridos en el curso de mi tratamiento, necesario para esta reclamación de seguro médico. Una fotocopia de esta autorización se considera tan válida como la original hasta revocada por mí por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos a mi cuenta o no de una compañía de seguros, abogado u otro tercero pagador está involucrado con el pago. Soy responsable de todos los co-pagos y co-seguro de cantidades, no cubiertos suministros y servicios, y los deducibles anuales. El pago de servicio que se espera en el momento de los servicios prestados. Los médicos y los proveedores médicos son proveedores de Preferencia de su compañía de seguros, que son requeridos por su compañía de seguros para cobrar su parte financiera en el momento de los servicios prestados. Estoy de acuerdo en pagar todos los servicios prestados. Cheques Devueltos are 25,00 dólares por ida y vuelta. Si una agencia de cobros de servicios son necesarios, además de acuerdo en pagar \$ 25 tarifa de procesamiento. Además estoy de acuerdo para pagar todos los honorarios de abogados, gastos judiciales y honorarios de abogado razonables. Entiendo que cualquier y todos los honorarios incurridos por tratamiento médico son de mi total y la responsabilidad final, con independencia de cualquier seguro que pueda tener. En el caso de que mi seguro no proporciona beneficios o proporcionar beneficios reducidos y no a mi compañía de seguros de proporcionar la información necesaria en el momento oportuno, voy a ser financieramente responsable del pago de hasta el calendario de pago acordado.

### RECONOCIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD DE COMO MARTIN ORTOPEDIA

Por la presente reconozco que se me ha presentado el Aviso de Prácticas de Privacidad, o/ a petición de una copia a revisar. No tengo más preguntas y entender las políticas en lugar de la intimidad.

Firma del paciente of persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escribir Nombre \_\_\_\_\_

Reviewed By Dr. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_