



675 Avenida De Mesilla Las Cruces, NM 88005 Phone: 575-525-3535 Fax: 575-524-1423
Robert Stack, MD; Michael McGuire, MD; Daniel Romanelli, MD; Wayne Lindsey, MD; Paul Saiz, MD

Fecha de hoy: _____ ¿Fue usted referido por un doctor? Favor de escribir el nombre : _____

Nombre del Paciente: _____	A seguridad: _____			
Dirección: _____				
Edad: _____	Sexo: _____	Altura: _____	Peso: _____	Estado Civil: _____

¿Por qué razón lo verá el doctor hoy? _____ Fecha de la lesión? _____

¿Ha tenido Rayos-X en esta parte de su cuerpo? NO SI, donde: _____

¿Ha traído los resultados con usted hoy? NO SI

¿Ha tenido un examen de MRI en esta parte del cuerpo? NO SI, donde: _____

¿Ha traído los resultados del MRI con usted hoy? NO SI

Historial de Salud - Responda SI o NO

_____ Enfermedad del Corazón/MI	_____ Presión Alta
_____ Marca Pasos	_____ Ulceras/Acidez Estomacal
_____ Hepatitis/HIV/SIDA	_____ Diabetes
_____ Enfermedad del Riñón	_____ Embolio
_____ Convulsiones/Epilepsia	_____ Cancer – Tipo: _____
_____ Asma	Otro: _____

Medicamentos que está tomando en estos momentos: _____

¿Está tomando anti-coagulantes? NO SI (por ejemplo: Coumadin/Plavix/Aspirin)

CIRUGIAS PREVIAS: _____

Alergias a Medicamentos: _____

¿Fuma? NO SI ¿Cuánto? _____

¿Toma Alcohol? NO SI ¿Que tan seguido? _____

¿Hace ejercicio o juega deportes? _____



675 Avenida De Mesilla Las Cruces, NM 88005 Phone: 575-525-3535 Fax: 575-524-1423
Robert Stack, MD; Michael McGuire, MD; Daniel Romanelli, MD; Wayne Lindsey, MD; Paul Saiz, MD

Consentimiento Para El Propósito De Tratamiento, Pago, & Operaciones De Salud

Yo doy consentimiento al uso o difundir información de mi información protegida de salud (PHI) por la practica medica de Los Asociados Ortopédicos de Las Cruces (Las Cruces Orthopaedic Associates) (de aquí en adelante referidos como "Los Asociados") para los siguiente propósitos:

- Diagnosticar o proveerme tratamiento
- Obtener pago por las facturas de los servicios de salud
- Conducir las operaciones de salud de los asociados

Yo entiendo que mi diagnóstico o tratamiento por "Las Cruces Orthopaedic Associates" puede ser condicional dependiendo de mi consentimiento y como evidencia está mi firma en este documento.

Yo entiendo que yo tengo el derecho de pedir una restricción de como mi información protegida de salud (PHI) es usada o difundida para llevar a cabo mi tratamiento, pago u operaciones de salud de los Asociados. Esta petición debe ser solicitada por escrito. No es requerido que los asociados estén de acuerdo con las restricción. Sin embargo, si los Asociados están de acuerdo con las restricción que solicité, las restricción está legalmente unida a Los Asociados Ortopédicos de Las Cruces (Las Cruces Orthopaedic Associates).

Yo tengo el **derecho de revocar** este consentimiento en escrito en cualquier momento excepto a la extensión que los Asociados hayan tomado acción en confidencia de este consentimiento.

Definición de "INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD": información de salud, incluyendo información demográfica obtenida por mí, como también aquella creada y recibida por mi doctor, otro proveedor de salud, mi empleador, o institución de salud. La información de salud protegida (PHI) se relaciona con mi salud y condición física y/o mental del pasado, presente y futuro **y me identifica a mí**, o por la cual hay **bases razonables** por las que se creen que la **información me identifica a mí**.

Yo entiendo que tengo el derecho de repasar al Aviso de Privacidad de los Asociados antes de firmar este documento. El aviso de los Asociados de la Privacidad de Asociados esta a la vista y está disponible para que yo la inspeccione en la sala de espera de los Asociados. Una copia escrita se me ha proveído o se me proveerá si yo lo pido. El aviso de Privacidad de los Asociados describe el tipo de usos y difidación o mi información protegida de salud que ocurrirá durante mi tratamiento, pago de fracturas, o en las operaciones de salud de los Asociados. El Aviso de Privacidad de los Asociados también describe mis derechos y mis obligaciones con respecto a mi "PHI".

Los Asociados se reservan el derecho de cambiar las practicas de privacidad que se describen en el Aviso de Privacidad de los Asociados. Puedo obtener un aviso de privacidad de los asociados al llamar a la oficina de los Asociados y pedir que una copia que este al corriente sea enviada por correo o pedir una en mi próxima cita.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Numero de Seguro Social: _____

Email: _____

Quién lo recomendó a nosotros? _____

Numero de Teléfono: _____

Doctor de Familia: _____

Numero de Teléfono del trabajo/celular: _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Nombre del Paciente o Representante Autorizado

Por favor describa la relación del Representante Autorizado con el paciente: _____

Quién (por ejemplo: esposo/a, pareja, amigo) está autorizado para recibir INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD aparte de el paciente mencionado específicamente arriba? Favor de especificar el nombre/los nombres y la relación.



675 Avenida De Mesilla Las Cruces, NM 88005 Phone: 575-525-3535 Fax: 575-524-1423
Robert Stack, MD; Michael McGuire, MD; Daniel Romanelli, MD; Wayne Lindsey, MD; Paul Saiz, MD

Es la política de Los Asociados Ortopédicos de Las Cruces (Las Cruces Orthopaedic Associates, PC- LCOA) que aviso de 24 horas de cancelación es requerido para todas las citas asignadas o un adeudo de \$50.00 será enviado directamente a usted.

Su compañía de seguros no pagara este adeudo que se le envié.

Gracias por su cooperación y comprensión, favor de llamar a la oficina a cualquier hora con preguntas y dudas, estamos aquí para asistirlo (575) 525-3535.

He leído y entendido completamente esta política:

Nombre del Paciente en Letra de Molde

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha de la Firma



675 Avenida De Mesilla Las Cruces, NM 88005 Phone: 575-525-3535 Fax: 575-524-1423
Robert Stack, MD; Michael McGuire, MD; Daniel Romanelli, MD; Wayne Lindsey, MD; Paul Saiz, MD

(PHI) Autorización/Información Difundida/Reconocimientos

En general, la regla de privacidad de "HIPPA" le da a los individuos el derecho de pedir una restricción del uso y información difundida sobre su información protegida de salud (PHI). AL individuo también se le provee el derecho de pedir comunicaciones confidenciales o que la comunicación sobre la información protegida de salud (PHI) sea hecha por medios alternativos, como mandar la correspondencia a la oficina del individuo en lugar del domicilio del individuo. Daremos información **SOLO** por el medio que usted ha autorizado. Tomaremos pasos razonables para limitar el uso de la defunción, y pedidos de la información protegida de salud (PHI) al mínimo necesario para lograr el propósito. Estas estipulaciones no aplican al uso o difundacion requerida mediante una autorización pedida por el individuo. Mantendremos un record de todas las peticiones de información protegida de salud (PHI). El uso y difundacion de información puede ser permitida sin consentimiento previo en case de una emergencia.

Yo deseo que me contacten de la siguiente manera (marque todas las que aplican)

_____ **Teléfono de Casa:** _____

_____ **Celular:** _____

_____ Esta bien dejar un mensaje con información detallada.

_____ Esta bien dejar un mensaje con mi pareja o miembro familiar

_____ Deje un mensaje con el # para regresar la llamada solamente

_____ **Teléfono de Trabajo:** _____

_____ Esta bien dejar un mensaje con información detallada

_____ Deje un mensaje con el # para regresar la llamada solamente

_____ Esta Bien que manden correo a mi dirección (si es necesario)

_____ Esta bien que manden un fax a este numero _____

Personas autorizadas para que le den información:

_____ Relación: _____

_____ Relación: _____

Reconocimiento de la Practica de Privacidad

Yo he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de LCOA y se me ha dado la oportunidad de repasarlo. Yo entiendo que puedo suspender cualquier parte de esta autorización en cualquier momento mediante una nota escrita al Oficial de Privacidad/Seguridad de LCOA.

(En letra de molde) Nombre de Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente

Fecha de la Firma



675 Avenida De Mesilla Las Cruces, NM 88005 Phone: 575-525-3535 Fax: 575-524-1423
Robert Stack, MD; Michael McGuire, MD; Daniel Romanelli, MD; Wayne Lindsey, MD; Paul Saiz, MD

Estimado Paciente:

Si vamos a mandar el estado de cuenta a su a seguridad, necesitaremos la siguiente información por todos los servicios. **Si no hay ninguna lesión en esta visita, salte los números 1-4** y firme y escriba la fecha en la parte de abajo.

Nombre del Titular de la Tarjeta: _____

Seguro Social del Titular de la Tarjeta: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Tarjeta: _____

Lugar/Compañía de Empleo: _____

1. **Cuando fue la fecha de la lesión?** _____
2. **Como y donde ocurrió esta lesión?** _____
3. **Fue la lesión relacionada con su empleo?** _____
4. **Fue la lesión relacionada con un accidente automovilístico?** _____

Gracias por su cooperación

Nombre

Fecha



675 Avenida De Mesilla Las Cruces, NM 88005 Phone: 575-525-3535 Fax: 575-524-1423
Robert Stack, MD; Michael McGuire, MD; Daniel Romanelli, MD; Wayne Lindsey, MD; Paul Saiz, MD

ESTADO FINANCIERO

Es política financiera de LCOA mandar el estado de cuenta a su a seguridad por cortesía hacia usted para todos los servicios mayores, aunque usted todavía es responsable por el estado de cuenta completo. Cuando se mande el estado de cuenta a la seguridad se apartara la porción estimada que la seguridad debe por 60 días. Requerimos que la porción que paciente debe sea pagada al tiempo de servicios. Si su a seguridad no manda los pagos de los servicios que todavía de deben, favor de mandar esos pagos a nosotros inmediatamente. También si recibimos algún pago en exceso del balance que se debe de parte de la compañía de seguridad, nosotros le devolveremos la cantidad de crédito a usted.

Para los Pacientes que Pagan por Si Mismos: **Se espera pago por todos los servicios al tiempo del servicio** (al menos que se hayan hecho arreglos para pagar).

Para reclamos de "Medicaid" y "Workers Compensation", mandaremos el estado de cuenta por todos los servicios directamente. No se requiere pago de parte del paciente al menos que los servicios sean negados por que el "Medicaid" se venció o por negar servicios de "Workers Compensation". **Se requiere prueba de elegibilidad de Medicaid (referimiento) al tiempo de recibir servicios.** Si usted está llenando un reclamo do Workers Compensation, de cualquier manera se le pedirá que presente su tarjeta privada de a seguridad. No haremos el reclamo por usted sin esta información.

Para nuestros pacientes cubiertos por HMO/PPO, **co-pagos se requieren al momento del servicios.** Si su plan de a seguridad requiere un referimento/autorización, usted debe presentar esta autorización con su tarjeta de identificación de seguridad. **También se requiere pago por servicios no-cubridos durante el tiempo de servicios.**

Para nuestros pacientes con Medicare, LCOA es un participante proveedor, así que el estado de cuenta por todos los servicios cubiertos se mandara a Medicare por usted. Usted solo debe pagar por la co-aseguranza del paciente y/o el deducible.

Yo he leído y entendido las políticas financieras

Nombre del Paciente en Nombre de Molde

Paciente/Persona Responsable

Fecha

Representante de LCOA

Fecha



675 Avenida De Mesilla Las Cruces, NM 88005 Phone: 575-525-3535 Fax: 575-524-1423
Robert Stack, MD; Michael McGuire, MD; Daniel Romanelli, MD; Wayne Lindsey, MD; Paul Saiz, MD

CONTRACTO PARA PRESCRIPCIONES DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

(Medicamento para el Dolor, Relajantes Musculares, Píldoras)

El propósito de este acuerdo es proteger su acceso a sustancias controladas y para proteger nuestra habilidad para prescribirlas a usted. Se espera que usted informe a nuestras oficinas de cualquier medicamento nuevo o condiciones medicas y de cualquier efecto adverso que usted experimente con cualquier medicamento.

Las prescripciones y botellas de medicamentos pueden ser buscadas por otros individuos con dependencia química y deben ser protegidas cuidadosamente. Se espera que usted cuide sus medicamentos y/o prescripciones con el mayor cuidado posible. .

1. _____ Yo no pediré i aceptare ningún medicamento de sustancia controlada de ningún otro médico o individuo. Todas las sustancias controladas deben venir de mi Médico que atiende mi cuidado/tratamiento en LAS CRUCES ORTHOPAEDIC ASSOCIATES (LCOA). A parte de ser ilegal hacerlo, puede poner en peligro mi salud. La única excepción es si se me prescribe mientras soy admitido/a al hospital.
2. _____ Yo entiendo que no debo compartir, vender, distribuir o permitir que otros tengan acceso a este medicamento. Los medicamentos se volverán a surtir durante horas de NEGOCIO REGULARES. No se surtirán los medicamentos durante la noche, días festivos o fines de semana. Favor de esperar 24 horas para que su medicamento sea surtido.
3. _____ Yo entiendo que si mis medicamentos se pierden, se extravían, se los roban, se mojan, son destruidos o no están en mi posesión, NO serán reemplazados o NO se volverán a surtir.
4. _____ Yo entiendo que cualquier tratamiento médico es inicialmente una prueba y son contingentes en la evidencia de un beneficio. No se volverá a surtir la receta si "Se me acabaron las patillas antes de tiempo."
5. _____ Yo entiendo que si no sigo/me adhiero a las instrucciones, estas pólizas pueden resultar en cese/terminación de terapia con sustancias controladas prescritas por mi médico o el que me refiera para una evaluación especialista.
6. _____ Se le podrá pedir evaluaciones no anunciadas de orina o toxicología de suero (Prueba de Droga) y su cooperación es MANDATORIA. Si no acepta, usted será tratado de todas formas por su Medico, pero no se le prescribirá ningún medicamento/sustancia controlada a usted.

Yo he leído este contrato y se me ha explicado a mi por el personal de LCOA. También, comprendo las consecuencias de violar este contrato.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo- Miembro de Personal LCOA

Fecha