



INFORMACION DE PACIENTE
CONTACTO INFORMACION

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCION					
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL					
NUMERO DE TELEFONO DE CASA		NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO		EXTENSION TRABAJA SI NO	
NOMBRE DE EMPLEADO			NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCION DE EMPLEADO (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)					
FECHA DE NACIMIENTO:		NUMERO DE SOCIAL:		ESTADO CIVIL:	

CONTACTO DE EMERGENCIA:		NUMERO DE TELÉFONO	
SIGUIENTE PERSONA:		NUMERO DE TELÉFONO	
DIRECCION DE SIGUIENTE PERSONA:			

COMPANIA DE SEGURO		NUMERO DE TELÉFONO	
ABOGADO		NUMERO DE TELÉFONO	

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION

Yo le doy autorización a Lone Star Orthopedics a autorizar cualquier información medico, adquirir durante el examen o tratamiento, incluyendo, pero no limitar, información incluyendo lo siguiente: Salud Mental; Alcohol y Sustancia; VIH/ Sida; a mi compañía de seguro; mi empleado; los otros doctores tratándolo o evaluando me; o mi abogado.

Esta autorización incluye verbal comunicación con mi empresario con respecto a mi condición y capacidad del trabajo, también incluye verbal comunicación con agentes de la compañía de seguro para el propósito de conseguir tratamiento /diagnostico aprobados

Yo autorizó pago directamente a Lone Star Orthopedics. Yo autorizó utilizar de esta forma con toda la sumisión con la compañía de seguro. Yo autorizo en la práctica actuar como mi agente para ayudar me conseguir pago de mi compañía de seguro.

Firma _____

Fecha ____/____/20____

Testigo _____

Fecha ____/____/20____

Esta autorización esta válido por 12 meses

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FAVOR LISTA LAS MEDICAMENTOS CURRIENTE

NOMBRE DE MEDICINA	DOSIS/FUERZA	FRECUENCIA					QUE DOCTOR RECETO LA MEDICINA
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	
		1X/DIA	2X/DIA	3X/DIA	4X/DIA	MAS	

FAVOR LISTA CUALQUIERA MEDICINA O TRATAMIENTO MEDICO USTED HA TENIDO UNA REACCION GRAVE:

FAVOR MARCAR AL LADO DE CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD USTED PUEDE TENER:

- DIABETES SI NO
- INFARTO SI NO
- DERRAME CEREBRAL SI NO
- PRESION ALTA SI NO
- ASMA SI NO
- ULCERAS SI NO
- ATAQUE SI NO
- TUBERCULOSIS SI NO
- HEPATITIS SI NO SI TIENE QUE TIPO? A / B / C

ALGUIEN EN SU FAMILIA HA TENIDO ULGUNA DE ESTAS PROBLEMAS? CUAL MIEMBRO DE LA FAMILIA Y QUE PROBLEMA?

USTED HA FUMADO ANTES? SI O NO SI, FUMA CUANTOS PAQUETES POR DIA? _____

USTED HA BEBIDO ALCOHOL? SI O NO SI, TOMA CUANTO POR DIA? _____

USTED HA TENIDO ORTAS LESIONES DE HUESO O CONJUNTO QUE NO SON RELACIONADOS?

HA TENIDO UN ACCIDENTE DE VEHICULO DE MOTOR EN SU PASADO?

ANO	PARTES DEL CUERPO LESIONADO	HA RECIBIDO UN MRI?	SE HA RECUPERADO?
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DESDE _____
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DESDE _____

- USTED HA TENIDO FIEBRE RECIENTEMENTE? NO SI
- USTED HA PERDIDO PESO RECIENTEMENTE? NO SI
- USTEDA TENIDO CAMBIO DE VISION RECIENTEMENTE? NO SI
- USTED HA TENIDO RESFRIADO O GRIPE RECIENTEMENTE? NO SI
- LE HAN DICHO ANTES SI USTED TIENE UN MURMULLO DE CORAZON? NO SI
- USTED TENIDO NAUSEAS PROBLEMAS CON LA RESPIRACION? NO SI
- USTED HA TENIDO DOLOR EN EL PECHO? NO SI
- USTED TIENE RESOPLIDO? NO SI
- TIENE TOS USTED? NO SI
- USTED HA VOMITADO SANGRE ANTES? NO SI
- USTED HA TENIDO RECIENTEMENTE ESCREMENTO NEGRO? NO SI
- USTED SE HA SENTIDO NAUSEAS O SE HA VOMITADO RECIENTEMENTE? NO SI
- USTED TIENE ESTRENIMIENTO O DIARREA? NO SI
- USTED ORINA MAS HA MENUDE DE LO QUE ESTA ACOSTUMBRADO? NO SI
- USTED SE DESPERTA PARA ORINAR? NO SI
- LE DUELE PARA ORINAR? NO SI
- USTED HA NOTADO IRRITACION Y RASCAR RECIENTEMENTE? NO SI
- USTED HA NOTADO MASAS DEL PECHO RECIENTEMENTE? NO SI
- USTED HA TENIDO DOLORES DE CABEZA RECIENTEMENTE? NO SI
- USTED TIENE DESORDEN HEMORRAGIA? NO SI
- USTED HA SALIDO POSITIVO AL EXAMEN DE VIH? NO SI

ACUERDO DE CUMPLIMIENTO

Yo me doy cuenta que el Dr. Berliner y tal asociados o ayudantes están hacendó una decisión medico que esta suposición este destinado que la información dada a al doctor es verdad y preciso. Estoy de acuerdo para ser sincero y preciso lo más razonablemente posible. Yo también comprendo que el resultado del tratamiento es parcialmente destinado en mí cooperación con el doctor Berliner y tal asociados o ayudantes que recetan plan de tratamiento. Yo estoy dando mi rendimiento como puedo ser razonablemente esperado.

Firma _____

Fecha ____/____/20____



KENNETH G. BERLINER, M.D.
AMERICAN BOARD OF ORTHOPAEDIC SURGERY

POLIZA DE MEDICAMENTO DE LA OFICINA

Nosotros estamos feliz ha llenar los medicamentos para nuestros pacientes. Para su seguridad, nosotros vamos a tener que observar estricto reglas. Estas reglas reducen el riesgo a sobredosis y proteger la licencia del Dr. Berliner. Esto asegura que nosotros podemos llenar las recetas en el futuro.

Si usted esta recibiendo medicamentos del Dr. Berliner, favor de no aceptar recetas que son parecidos a lo que los otros doctores que están compartiendo su cuidado. Esto puede ser potencialmente ser peligroso aun fatal.

Ha sido la experiencia de nosotros que recibimos un enorme numero de llamadas con respecto a llenar los medicamentos esto interfiere con nuestra habilidad a dar tratamiento a los pacientes en el día. Como resultado de esto puede que necesitamos hasta 2 o 3 días de funcionamiento para llenar los medicamentos. No espere hasta que usted este completamente fuera de la medicina para llamar.

No llame después de las 5 de la tarde, fin de semana, o días de fiesta para llenar los medicamentos. En caso de una emergencia, vallase a la sala de emergencia.

No llame a la oficina para descubrir el estado de su medicina antes de los 2 o 3 días se han acabado.

Nosotros no reemplazamos medicina que son perdidos, robados, o excesivo uso de cualquier narcóticos, sea cuidadoso. USTED MISMO NO SE PUEDE AUMENTAR SU DOSIS SIN CONSULTAR CON LA OFICINA.

Si usted cree que su medicamento no le esta ayudando, por favor llame a la oficina y informe a mi enfermera o a mi. Si cualquier medicina de narcóticos es cambiada, usted va ser responsable a traer la medicina que no uso para que nosotros podemos destruir la medicina que sobro.

Yo a leído sobre todo y comprendo que no va ver ninguna excepción en ningún caso.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "K. Berliner", is written above a horizontal line.

Patient

Kenneth Berliner, M.D.



**AUTORIZACION DEL PACIENTE
TRATAMIENTO ACONDICIONADO A LA DIVULGACION
A TERCERAS PERSONAS**

Nombre del paciente: _____ Archivo medico # _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono # _____

Domicilio del Paciente _____

Seguro Social # _____ (El dar su numero del Seguro es voluntario, pero es necesario para poder identificar con exactitud su expediente medico. Incumplimiento de no dar este numero, sin duda alguna, que causara una tardanza en procesar su expediente.)

Fecha aproximadamente de tratamiento: _____

1. Yo autorizo a este proveedor de salud o institución a **divulgar** la información del paciente:

____ Clínica: _____

____ Proveedor Especifico _____

____ Algún otro: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

2. Yo autorizo a esta persona (s) e Organización a **recibir** la información del paciente:

Nombre y credenciales: **Kenneth G. Berliner, M.D.** Relación: **Orthopedic Surgeon**

Domicilio: **15769 North Freeway**

Houston, TX 77090

Teléfono: **281-875-0830**

Fax: **281-875-0316**

3. Favor de divulgar la siguiente información: (Hacer un círculo para indicar su selección)

Historia Medica	Evaluación Psicológica	Dado de alta
Reportes de Educación	Tratamiento	Historia Psicológica
Reportes de Laboratorio	Consultas	Vacunas
Reportes de la Clínica		
Otra Información:	_____	

4. El propósito para esta divulgación de su expediente como paciente es: **Orthopedic Evaluation**

5. Yo entiendo que si la persona autorizada que reciba esta información no es un proveedor de salud, o si no esta cubierto bajo un plan de salud en las leyes federales, entonces la información que esa persona reciba no estará protegida por esos reglamentos, y que entonces esa persona puede divulgar la información. Sin embargo la persona que reciba la información se le prohíbe que divulgue información sobre abuso de drogas, esto es bajo la ley Federal, Requisitos Confidenciales de Abuso de Substancias y Drogas.

6. Yo entiendo que si no firmo la autorización, El Grupo Ortopédico Lone Star no hará el _____ que yo estoy pidiendo. Yo puedo revisar o sacar una copia cualquier información utilizada o divulgada bajo esta autorización.

7. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización cuando yo guste, siempre que sea por escrito, y enviándola al siguiente domicilio:

**Lone Star Orthopedics
c/oExpedientes Médicos
15769 North Freeway
Houston, Texas 77090**

Yo entiendo que mi revocación no será puesta en efecto hasta cierto punto cuando ya que sea respaldada por esta autorización. Esta autorización termina: (Indicar cual)
_____ un año después de esta fecha _____ Solo por esta vez únicamente

Nombre del Paciente

Firma del Paciente o representante

Fecha

Nombre del Representante

Si Usted esta firmando como representante, describa con que autoridad puede representar a esta persona, y agregue el documento que lo autoriza.

Documento que comprueba la autorización: _____

Nombre del Testigo

Firma del Grupo Lone Star

Fecha

(No es necesario notarizarlo si la persona se presenta en persona al Grupo de Lone Star, y presenta su identificación.)

SUBSCRIBED AND SWORN before me this ____ day of _____, 20____.

NOTARY PUBLIC

Residing in _____

My Commission expires: _____

**Authorization documented in HIPAA Management Application.
Lone Star Orthopedics staff, after processing place this form into the patient's medical record.**