

SHOULDERMD

PAUL B. ROACHE, M.D.

BOARD CERTIFIED ORTHOPEDIC SURGEON

Datos demográficos del paciente: Revise, edite y complete todos los campos obligatorios.

*Primer nombre: _____ *M.I.: _____ *Apellido: _____

*Macho/Femenino: _____

*Fecha de nacimiento: _____ *Número de seguro social: _____

*Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*Dirección de correo electrónico: _____

*Teléfono móvil: _____

*Teléfono de casa: _____

*Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

*PCP: _____

*Fuente de referencia: _____

*Farmacia Preferida: _____

*Ubicación preferida de fisioterapia: _____

Seguro: Complete las secciones que se aplican a usted.

SEGURO PRIMARIO:

*Nombre del seguro: _____

*Suscriptor/Miembro #: _____ *Grupo # _____

*Dirección de la compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*Teléfono de atención al cliente: _____

*Nombre del garante (si el suscriptor no es usted): _____

*Monto del copago: _____

SEGURO SECUNDARIO:

*Nombre del seguro: _____

*Suscriptor/Miembro #: _____ *Grupo # _____

*Dirección de la compañía: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*Teléfono de atención al cliente: _____

*Nombre del garante (si el suscriptor no es usted): _____

*Monto del copago: _____

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES:

*Fecha de la lesión: _____ *Reclamar #: _____

*Nombre del empleador: _____

*Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*Nombre del ajustador: _____ * Teléfono: _____

*Nombre del seguro: _____

*Administrador de casos: _____ *Teléfono: _____

*Nombre del abogado o empresa: _____ *Teléfono: _____

Today's Date:
(Fecha de Hoy)

Patient Name:
(Nombre del paciente)

Dr. Paul B. Roache- New patient history pg 1/8 (Historial de paciente nuevo)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> New Patient
(Paciente Nuevo) | <input type="checkbox"/> Need for Surgery (Necesita Cirugía) |
| <input type="checkbox"/> 2 nd opinion
(2 ^{da} opinión) | <input type="checkbox"/> Need for MRI (Necesita MRI) |
| | <input type="checkbox"/> Need for Injections (Necesita Inyecciones) |
| | <input type="checkbox"/> Need for referral (Necesita referido) |

1) **What is Your Age Today?** _____
(¿Cuál es su edad actual?)

2) **Dominant hand:**
(Mano dominante)

- Right hand
(Mano derecha)
- Left hand
(Mano izquierda)
- Both hands
(Ambas manos/ambidiestro)

3) **Are you:**
(¿Es usted?)

- Male (Hombre)
- Female (Mujer)

4) **Height (Estatura):** _____ **Feet (Pies)** _____ **Inches (Pulgadas)**

5) **Weight (Peso):** _____ **Lbs**

6) **What is your Occupation?**
(¿Cuál es su ocupación?)

7) **What body part was injured?**
(¿Qué parte del cuerpo se lesionó?)

8) **What is your chief complaint today?**
(¿Cuál es su afección principal hoy?)

9) **What date did your injury begin?**
(¿Cuándo comenzó su lesión?) _____

**10) Have you ever had any injury to this area before?
(¿Se ha lesionado esta área anteriormente?)**

- No
- Yes (Sí)

If Yes, When? (Si se ha lesionado anteriormente, ¿cuándo?)

Describe

(Describa): _____

**11) How did the injury start? (Mark all that apply to how the problem started)
(¿Cómo comenzó la lesión? Seleccione todas las que apliquen sobre cómo comenzó el problema)**

- Slipped and fell
(Resbaló y cayó)
- Twisted
(Torcedura)
- Strained while lifting
(Dislocación durante levantamiento)
- Working on the computer
(Trabajando en la computadora)
- Driving
(Manejando)
- Other: Briefly describe how the injury started:
(Otro: Describa brevemente cómo comenzó la lesión)

Treatments:

(Tratamientos)

**12) Have you had any of the following treatments for this problem?
(¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes tratamientos para este problema?)**

Surgery (Cirugía)

- No
- Yes, date? (Sí, ¿cuándo?)

Oral Pain/NSAIDS Medications

(Medicamentos orales para el dolor o antiinflamatorios no esteroides)

- No
- Yes, which meds are you taking? (Sí, ¿qué medicamentos está tomando?)

Cortisone Injections

(Inyecciones de Cortisona)

- No
- Yes, # of Injections (Sí, número de inyecciones) _____
Date of Last Injection? (¿Cuándo fue la última inyección?) _____

Physical Therapy

(Terapia Física)

- No
- Yes, # of Sessions? (Sí, número de sesiones) _____
Date of Last Session? (¿Cuándo fue la última sesión?) _____

Other treatments: (mark all that apply)

(Otros tratamientos: seleccione todos los que apliquen)

- None
(Ninguno)
- Home or gym exercise program
(Programa de ejercicios en casa o gimnasio)
- Rest or activity modification
(Descanso o modificación de actividad)
- Acupuncture
(Acupuntura)
- Casting/Splinting
(Enyesar/Entablillar)
- Orthotics
(Ortóticos)
- Hospitalization
(Hospitalización)
- Other
(Otro) _____

13) Have any treatments you received helped you get better?

(¿Algún tratamiento recibido lo ayudó a mejorar?)

- not helped (no ayudó)
- maybe helped (quizás ayudó)
- helped some (ayudó algo)

- helped a lot (ayudó mucho)
- Other, Describe
(Otro, Describa): _____

**14) Have you had X-ray, MRI, or EMG for your problem?
(¿Ha hecho algún examen de Rayos X, MRI, o EMG para su problema?)**

- None (Ninguno)
 - EMG/NCS
 - X-ray (Rayos X)
 - MRI
- Date (Fecha): _____
Name of imaging facility (Nombre del Centro Radiológico y de Imágenes):

**General Medical History:
(Historial General Médico)**

**15) Do you take any of the following types of medications? (mark all that apply)
(¿Usted toma alguno de los siguientes tipos de medicamentos? Seleccione todos los que apliquen)**

- Coumadin/Warfarin/Blood thinners
(Coumadin/Warfarin/Anticoagulantes)
- Aspirin
(Aspirina)
- Motrin/ibuprofen or any NSAIDs types
(Motrín/ibuprofeno o cualquier medicamento antiinflamatorio no esteroide)
- Blood Pressure
(Presión arterial)
- Diabetes pills
(Medicamento para diabetes)
- Diabetes injections of insulin
(Inyecciones de insulina para diabetes)
- Thyroid medication
(Medicamento para tiroides)
- Narcotic Pain medication
(Analgésicos narcóticos)
- Other (Otro)

16) List Meds (Listar Medicamentos):

17) Allergies to Medication (mark all that apply)

- No**
- Yes, (please mark below)**
(Sí, por favor, seleccione abajo)
- Penicillin
(Penicilina)
- Sulfa drugs
(Medicamentos Sulfamidas)
- Codeine
(Codeína)
- Morphine
(Morfina)
- Other (Otro): _____

18) Other Allergies (mark all that apply)
(Otras Alergias, seleccione todas las que apliquen)

- None (Ninguna)
- Latex (Látex)
- Shell fish (Mariscos)
- Iodine (Yodo)
- Other
(Otro): _____

19) Have you ever had surgery? (List with dates)
(¿Alguna vez ha tenido una cirugía? (Por favor, listar con fechas)

20) Do you have any of the following common medical conditions?
(¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas comunes?)

- Diabetes
- High blood pressure/Hypertension
(Presión arterial alta/Hipertensión)
- Heart disease (Enfermedad del corazón):
 - Angina (Angina)
 - Arrhythmia (Arritmia)
 - Heart attack (Ataque al corazón)
- Blood clots/ DVT/ PE
(Coágulos de sangre/ DVT/ PE)
- Bleeding problems
(Problemas de sangrado)

- Stomach ulcers
(Úlceras estomacales)
- Kidney disease
(Enfermedad del riñón)
- Thyroid disease
(Enfermedad de tiroides)
- Lung Problems (Problemas pulmonares):
 - Asthma (Asma)
 - Emphysema (Enfisema)
 - Other (Otro)
- Immunodeficiency/HIV
(Inmunodeficiencia/HIV)
- Anemia
- Cancer
(Cáncer)
- Depression
(Depresión)
- Liver disease/Hepatitis
(Enfermedad del hígado/Hepatitis)
- Nerve or neurological disorders
(Trastornos nerviosos o neurológicos)
- Psychiatric
(Psiquiátricos)
- Stroke
(Derrame cerebral o apoplejía)
- Tuberculosis
- Other
(Otro): _____
- None of the above (Ninguna de las anteriores)***

Review of Systems:

(Revisión de Sistemas)

- 21) Do you have any of the following symptoms recently?
(¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas recientemente?)**
- All Negative
(Todo Negativo)
 - General: fever, chills, weight loss
(General: fiebre, escalofríos, pérdida de peso)
 - Cardiac: chest pain, heart racing
(Cardíaco: dolor de pecho, corazón acelerado)
 - Ear/Nose/Throat: ear pain, sinus drainage, hearing loss, etc.
(Oídos/Nariz/Garganta: dolor de oído, drenaje sinusal, pérdida de audición, etc.)

- Eyes: double vision, pain, eye strain
(Ojos: visión doble, dolor, tensión ocular)
- GU: discharge with urination, burning sensation, etc.
(Aparato Urinario y Genital: secreción al orinar, sensación de ardor, etc.)
- GI: change in bowel or bladder function, loose bowel movements, dark stool or blood, bloating
(Aparato Digestivo: cambio en la función intestinal o de la vejiga, movimientos intestinales flojos, heces oscuras o con sangre, hinchazón)
- Respiratory: shortness of breath, wheezing, chronic cough, etc.
(Respiratorio: dificultad para respirar, sibilancia, tos crónica, etc.)
- Neuro: headaches, tremors, seizures, etc.
(Neurológica: dolores de cabeza, temblores, convulsiones, etc.)
- Psych: sleeping habits, feelings of anxiety, nervousness etc.
(Psiquiátrica: hábitos de dormir, ansiedad, nerviosidad, etc.)
- Skin: skin rash, lesions, itching, etc.
(Piel: alergias, lesiones, picazón, etc.)
- Endocrine: thyroid problems, excess sweat, excess thirst
(Endocrino: problema de tiroides, sudor excesivo, sed excesiva)
- Hematologic: nose bleeding, easy bruising
(Hematológico: sangrado nasal, formación fácil de hematomas)

22) Smoking History?
(¿Fuma?)

- No
- Yes (Sí) _____

23) Drinking History?
(¿Bebe?)

- No
- Yes, How many per week?
(Sí, ¿Qué cantidad a la semana?) _____

Family and Social History:
(Historial Familiar y Social)

24) Have any of your relatives had serious medical problems?
(¿Alguno de sus familiares ha tenido serios problemas médicos?)

- No
- Yes, (please list and describe)
(Sí. Por favor, liste y describa)
 - Heart problems
(Problemas del corazón)
 - Diabetes
 - Cancer
 - (Cáncer)
 - Other (Otro): _____

**25) Relationship History?
(Historial de Relaciones)**

- None
(Ninguna)
- Single
(Soltero)
- Living with partner
(Convivencia)
- Married
(Casado)
- Divorced
(Divorciado)
- Widower
(Viudo)

**26) Do you have Children?
(¿Tiene hijos?)**

- No
- Yes (Sí)

(SPQ) Cuestionario para pacientes del hombro

EVALUACIÓN NUMÉRICA SUBJETIVA

¿Cómo calificaría hoy su hombro con un porcentaje normal (con una escala de 0% a 100%, siendo normal un 100%)?

Preguntas sobre el hombro y codo de cirujanos estadounidenses

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MODIFICADO

¿Puede tirar una bola por encima de la mano?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede dormir encima de su hombro cómodamente?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede ponerse su abrigo sin asistencia?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede lavarse la espalda/ponerse su sujetador?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede utilizar papel de baño?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede peinar/lavar su pelo?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede levantar 10 libras (un envase de 10 galones) por encima de sus hombros?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede alcanzar un estante sobre su cabeza?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Su hombro le permite trabajar a tiempo completo en su trabajo regular (o actividades regulares si no trabaja)?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Su hombro le permite hacer sus deportes regularmente?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo o no hago deportes							
En promedio, cuánto dolor de hombro ha experimentado en las pasadas semanas?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10

Preguntas sobre el hombro y codo de cirujanos europeos: (Constante-A)

¿Tiene dolor en su hombro (actividades normales)?

Si "0" significa que no hay dolor y "15" es el máximo dolor que puede experimentar, por favor, marque el nivel de dolor en su hombro. (Marque usando la escala)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

¿Su trabajo o actividades diarias se ven limitadas por su hombro?

No Limitación moderada Limitación severa

¿Su tiempo libre o actividades recreacionales se ven limitadas por su hombro?

No Limitación moderada Limitación severa

¿Su sueño en las noches se ve afectado por su hombro?

No A veces Sí, frecuentemente

Diga a qué nivel puede utilizar su brazo para actividades razonables y sin dolor.

Cintura Xiphoid(esternón) Cuello Cabeza Por encima de la cabeza

Preguntas sobre el hombro y codo de cirujanos europeos: (Constante-B)

(ESTA SECCIÓN ES PARA USO DEL DOCTOR SOLAMENTE – NO LA COMPLETE)

Flexión hacia adelante

0-30 31-80 61-90 91-120 121-150 151-180

Abducción

0-30 31-80 61-90 91-120 121-150 151-180

ER Constante

hah-eb hah-ef hbh-eb hbh-ef iFull Elev. Of Arm

IRB

1-Lateral thigh 2-Bullock 3- LS Junction 4-Waist(L3) 5-T12 Interscapular are(T7)

Fuerza Constante

lbs

(SPQ) Cuestionario para pacientes del hombro

EVALUACIÓN NUMÉRICA SUBJETIVA

¿Cómo calificaría hoy su hombro con un porcentaje normal (con una escala de 0% a 100%, siendo normal un 100%)?

Preguntas sobre el hombro y codo de cirujanos estadounidenses

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN MODIFICADO

¿Puede tirar una bola por encima de la mano?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede dormir encima de su hombro cómodamente?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede ponerse su abrigo sin asistencia?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede lavarse la espalda/ponerse su sujetador?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede utilizar papel de baño?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede peinar/lavar su pelo?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede levantar 10 libras (un envase de 10 galones) por encima de sus hombros?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Puede alcanzar un estante sobre su cabeza?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Su hombro le permite trabajar a tiempo completo en su trabajo regular (o actividades regulares si no trabaja)?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo							
¿Su hombro le permite hacer sus deportes regularmente?	<input type="radio"/> A) Sí, sin problema	<input type="radio"/> B) Problema leve	<input type="radio"/> C) Problema moderado	<input type="radio"/> D) No, no puedo o no hago deportes							
En promedio, cuánto dolor de hombro ha experimentado en las pasadas semanas?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10

Preguntas sobre el hombro y codo de cirujanos europeos: (Constante-A)

¿Tiene dolor en su hombro (actividades normales)?

Si "0" significa que no hay dolor y "15" es el máximo dolor que puede experimentar, por favor, marque el nivel de dolor en su hombro. (Marque usando la escala)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

¿Su trabajo o actividades diarias se ven limitadas por su hombro?

No Limitación moderada Limitación severa

¿Su tiempo libre o actividades recreacionales se ven limitadas por su hombro?

No Limitación moderada Limitación severa

¿Su sueño en las noches se ve afectado por su hombro?

No A veces Sí, frecuentemente

Diga a qué nivel puede utilizar su brazo para actividades razonables y sin dolor.

Cintura Xiphoid(esternón) Cuello Cabeza Por encima de la cabeza

Preguntas sobre el hombro y codo de cirujanos europeos: (Constante-B)

(ESTA SECCIÓN ES PARA USO DEL DOCTOR SOLAMENTE – NO LA COMPLETE)

Flexión hacia adelante

0-30 31-80 61-90 91-120 121-150 151-180

Abducción

0-30 31-80 61-90 91-120 121-150 151-180

ER Constante

hah-eb hah-ef hbh-eb hbh-ef iFull Elev. Of Arm

IRB

1-Lateral thigh 2-Bullock 3- LS Junction 4-Waist(L3) 5-T12 Interscapular are(T7)

Fuerza Constante

lbs

Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

En mi nombre o en mi hijo menor u otro paciente mencionado a continuación, reconozco y doy mi consentimiento a las declaraciones realizadas en este formulario.

Consentimiento para tratamiento

Yo, _____ solicito que se me brinden servicios de atención médica (o a mi hijo menor de edad o al paciente que se menciona a continuación) en las oficinas de Shoulder MD, y otros médicos asociados, clínicos y otro personal. Doy mi consentimiento voluntario para todos los tratamientos médicos y servicios relacionados con la atención médica que se consideren necesarios para mí (o para el paciente que se menciona a continuación). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta; no se me han dado garantías sobre los resultados de los tratamientos o exámenes.

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Hijo menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que si este consentimiento se firma en nombre de un menor, este consentimiento es válido hasta que el menor cumpla 18 años, momento en el que el menor debe dar su consentimiento para los servicios en su propio nombre.

_____ Entiendo que la oficina de Shoulder MD pueden proporcionar ciertos servicios mediante tecnología de telesalud remota. Dichos servicios de telesalud involucran a un proveedor de salud que se encuentra en un sitio remoto de mi ubicación en el momento del servicio y, como tal, telesalud a menudo implica la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos. El proveedor de salud remoto determinará si la condición que se está diagnosticando o tratando es apropiada para telesalud, y entiendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento o prescripción. Además, entiendo que es posible que tenga que viajar para ver a un proveedor de salud en persona para ciertos asuntos de diagnóstico y tratamiento.

_____ Doy mi consentimiento para recibir, en el teléfono celular y / u otro (s) número (s) de teléfono que se proporcionan a la oficina de Shoulder MD, mensajes de texto y / o llamadas telefónicas u otras comunicaciones. Dichos mensajes de texto y / o llamadas telefónicas pueden estar relacionados con cualquier propósito, incluidos los relacionados con mi cuenta y / o la atención brindada. Entiendo que este consentimiento para las comunicaciones no es necesario para recibir servicios y que pueden aplicarse cargos por uso de datos y otros.

_____ Entiendo que la comunicación electrónica nunca debe usarse para comunicaciones de emergencia o solicitudes urgentes. Las comunicaciones de emergencia deben hacerse con el consultorio del proveedor o con los servicios de emergencia 911 existentes en mi comunidad.

Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

Publicación de registros médicos

_____ Doy mi consentimiento para que la oficina de Shoulder MD use y divulgue información médica sobre mí (o el paciente mencionado anteriormente). Al hacerlo, doy mi consentimiento para la divulgación de mi información médica (o la del paciente mencionado anteriormente) y la información de la cuenta financiera a todos los terceros pagadores y / o sus agentes identificados por la oficina de Shoulder MD, su facturación agentes, agentes de cobranza, abogados, consultores y / u otros agentes que representan la oficina de Shoulder MD o brindan asistencia a la oficina de Shoulder MD con el propósito de asegurar el pago de todas las partes que son potencialmente responsables de pago por mi atención médica (o la del paciente mencionado anteriormente).

_____ **Pacientes de Compensación Laboral:** Por la presente autorizo a la oficina de Shoulder MD a hablar con un especialista en rehabilitación, mi empleador, mi compañía de seguros u otros profesionales involucrados en mi atención de rehabilitación, con respecto a mis registros médicos y el tratamiento que he recibido o recibiré.

Aviso de poliza de privacidad

_____ La oficina de Shoulder MD se compromete a proteger la privacidad de su salud e información personal. Esta información incluye información médica e información de identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de seguro social. La oficina de Shoulder MD protege su información personal y de salud en forma electrónica, escrita y oral cuando se usa en toda nuestra oficina. Podemos modificar o cambiar nuestra práctica de privacidad cuando entren en vigencia nuevas leyes y regulaciones. Cualquier cambio será efectivo para toda la información personal y de salud que mantenemos, incluida la información anterior proporcionada a nuestra oficina.

Información financiera

_____ **Responsabilidad financiera:** Sujeto a la ley aplicable y los términos y condiciones de cualquier contrato aplicable entre la oficina de Shoulder MD y un tercero pagador, y en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o lo siguiente: paciente designado), acepto ser financieramente responsable y estar obligado a pagar a la oficina de Shoulder MD cualquier saldo que no se pague según el párrafo "Asignación de beneficios / terceros pagadores" a continuación.

_____ **Asignación de beneficios / terceros pagadores:** En consideración a todos los servicios de atención médica prestados o por prestarme a mí (o al paciente mencionado anteriormente), por la presente asigno a la oficina de Shoulder MD todos los derechos, títulos e intereses en y para cualquier tercero. los beneficios adeudados por todas y cada una de las pólizas de seguro y / o terceros pagadores responsables por un monto que no exceda los cargos habituales y habituales de la oficina de Shoulder MD por los servicios de atención médica prestados. Autorizo dichos pagos a las compañías de seguros correspondientes, terceros pagadores y otros terceros. Doy mi consentimiento a cualquier solicitud de revisión o apelación por parte de la oficina de Shoulder MD para impugnar una determinación de beneficios hecha por un tercero pagador. Salvo que lo exija la ley, asumo la responsabilidad de determinar de antemano si los servicios prestados están cubiertos por un seguro u otro tercero pagador.

Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

Certifico que he leído y comprendido este acuerdo y que todos los espacios en blanco fueron llenados antes de mi firma con la oportunidad de recibir respuestas a mis preguntas a mi satisfacción.

Firma / Fecha / Hora del Paciente o Representante Legal

Relación con el paciente

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

Firma del testigo / Fecha / Hora



SHOULDERMD
PAUL B. ROACHE, M.D.
BOARD CERTIFIED ORTHOPEDIC SURGEON

Divulgación para el Programa de Dispensación de Medicamentos

Su equipo en ShoulderMD comprende que existen varios desafíos con los medicamentos, como el costo y la conveniencia. Es por eso que estamos orgullosos de ofrecer nuestro Programa de Dispensación de Medicamentos sin costo alguno para usted o su compañía de seguros.

No hay obligación con este Programa y nos complace proporcionarle una receta electrónica enviada a su farmacia preferida.

Su equipo le proporcionará una guía fácil de leer para cada medicamento que le dispensamos.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a estos medicamentos, háganoslo saber antes de recoger sus medicamentos.

Firme a continuación si elige recibir medicamentos de ShoulderMD y ha leído/comprendido la guía de medicamentos provista, incluidos los posibles beneficios, riesgos, efectos secundarios comunes y graves, cuándo llamarnos y/o buscar ayuda de emergencia.

Nombre en letra imprenta:

Fecha:

Firma:
