



BIENVENIDOS A la CHICAGO CENTER FOR SPORTS MEDICINE & ORTHOPEDIC SURGERY!
HOJA DE NUEVA CARA DEL PACIENTE



Apellido:		Nombre:		MI:
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita. <input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		SSN: _____-____-_____
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			Fecha de Nacimiento:	
Linaje: <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico				
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Latino			<input type="checkbox"/> Me niego a responder a la raza y la etnicidad categorías.	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Área Postal:
Teléfono de Casa:	Celular:	Correo Electrónico:		
Indique qué número de teléfono que desea designar como su contacto principal: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell				
Al indicar los números de teléfono más arriba, usted está autorizando a Chicago Deportes Ortopedia dejar mensajes de voz importantes, según sea necesario.				
EMPLEO DEL PACIENTE	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacidad			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no aplicable	Empleo:	Puesto:		
Teléfono de Oficina:		Ciudad:	Estado:	
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	Apellido:		Nombre:	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no aplicable	Hospital/ Centro:		Teléfono de Oficina:	
CONTACTO DE EMERGENCIA	Apellido:		Nombre:	
Teléfono de Casa:	Celular:	Relación al Contacto:		

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Es usted el titular de la póliza de seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si usted es el titular de la póliza, por favor pase a la siguiente sección.			
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro:				
Apellido del Asegurado Principal:		Nombre:		MI:
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita. <input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Fecha de Nacimiento:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Área Postal:
Correo Electrónico:		Teléfono de Casa:	Celular:	

COBERTURA ADICIONAL

¿Tiene una póliza secundaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es esta una de Workman Injury Compensation, accidente vehicular o demanda por lesiones personales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es esta lesión de cualquier manera relacionada con la participación en un deporte organizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, por favor ver una CSO miembro del personal para que pueda suministrar información sobre la posible cobertura adicional.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios, incluido el saldo remanente después del pago de los beneficios del seguro posible. Por la presente, ceder, transferir, y establecer a Chicago Centro de Deporte y Medicina Ortopédica todos mis derechos, título e interés para mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro con mi compañía de seguros. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. También doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida por Chicago Centro de Deporte y Medicina Ortopédica para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, a cualquier profesional de la salud. Entiendo que si mi cuenta se coloca en una agencia de colección exterior, que yo soy responsable por todos los costos asociados con esta agencia o de cualquier tercero, incluyendo, pero no limitado a cargos por pagos atrasados, intereses y honorarios de abogado. He leído el Aviso sobre la Ley de Privacidad de HIPAA y entender estos son mis derechos de privacidad. Los cheques devueltos tendrán un cargo de \$ 40.00. También entiendo que habrá un cargo de \$ 25.00 por citas perdidas / no show y cancelaciones realizadas dentro de las 24 horas de mi cita.

Firma del Paciente / Tutor _____ Fecha: _____



Office Use Only

FGP | DOL HMO LWC MDC PPO SCH WMC PI
Patient Type | DIR ION HER MMI MDR QF WR WIN
Injury Type | School Related Sports Injury Yes No
Images | X-RAY MRI CT Other
Images Uploaded to PACS | Yes No
Updated Patient Information Only

Chicago Center for Sports Medicine and Orthopedic Surgery

Formulario de Historial Médico

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

¿Quién lo refirió a nosotros?

- Doctor | Nombre: _____ Tel # | _____
Hospital/Centro | Nombre: _____ Tel # | _____
Otro | Nombre: _____ Tel # | _____

Problema o lesiones: Derecha / Izquierda _____ Fecha del accidenté lesión _____

Síntomas de problema o lesión: _____

Como ocurrió esta lesión? _____

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Circule uno: Sí No | En caso afirmativo, detalle a continuación.

Alergia | _____ Reacción | _____
Alergia | _____ Reacción | _____

¿Está tomando algún medicamento? Circule uno: Sí No | En caso afirmativo, detalle a continuación.

Medicamentos | _____ Dosificación | _____
Medicamentos | _____ Dosificación | _____
Medicamentos | _____ Dosificación | _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes problemas médicos? Marque todos los que correspondan:

- Enfermedades del corazón Enfermedad pulmonar Gota diabetes
anemia HIV + Problemas de Circulación Células Falciformes
Fractura de huesos Tendencia al sangrar Ulcera Estomacal Lesiones de espalda o cuello
Alta Presión Artritis Reumatoide o Lupus Cáncer (tipo) None
Otro (describa): _____

Usted fuma? Circule uno: Sí No | Cuantos paquetes/Cigs por día? _____

Consumo alcohol? Circule uno: Si No | Cuantas bebidas por semana? _____ por mes? _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Circule uno: Sí No | Por favor anote cuales y fechas que usted ha tenido, e incluye algún tipo de complicaciones:

Cirugía | _____ Date | _____ Complicación? | _____
Cirugía | _____ Date | _____ Complicación? | _____
Cirugía | _____ Date | _____ Complicación? | _____

¿Algún miembro de su familia inmediata ha tenido? Marque todo lo que corresponda. Marque aquí si Ninguno Aplicar.

- Cáncer | tipo: Enfermedad pulmonar, TB Enfermedades del ccorazón Diabetes

Si el médico tiene que recetar medicamentos, usted tiene una farmacia preferida?

Si se prefiere hay una farmacia, por favor marque aquí.

Nombre de la farmacia : _____ Intersección o Dirección: _____