

URQUHART ORTHOPEDIC ASSOCIATES

MARC W. URQUHART, M.D., FACS
ERICA ROWE URQUHART, M.D., Ph.D.

www.urquhartortho.com
FAX 201-471-2434

534 AVENUE E
BAYONNE, NJ 07002
201-436-8289

Fecha : _____ Nombre : _____

Dirección : _____

Fecha de Nacimiento : _____ Seguridad Social : _____

Teléfono del la Casa: _____ Teléfono del trabajo : _____

Numero del Celular : _____

Sexo: F M Estado Matrimonial: Soltero Casado Divorciado Otro Viuda

Nombre de poseedor del Seguro: _____ Seguridad Social : _____

Fecha de Nacimiento : _____ Teléfono : _____

Retirado? No Ocupación _____ Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____



INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del médico primario : _____

Dirección del médico primario / Teléfono _____

: _____

Refiriéndose Nombre del médico : _____

Doctor refiriéndose Dirección / Teléfono _____

: _____

Persona de contacto Relación con el
en caso de emergencia _____ Paciente _____

¿Es esta persona autorizada para hablar de su estado de salud / obtener información de salud con nosotros? Si No

Teléfono de la casa : _____

Teléfono del trabajo : _____

Si el paciente es menor de edad

Padre / tutor legal: _____ Teléfono : _____

Dirección : _____

Fecha de Nacimiento : _____ Seguro Social : _____

Forma de Pago

Todos Medicare, Auto, afirma privados de salud se presentan como créditos cedidos. Usted será responsable de los co-pagos, co-seguro o deducibles. Todas las visitas al consultorio co-pagos se vencen el día de su visita. Es responsabilidad del paciente para obtener y mantener una referencia válida para todas las citas. Si usted no tiene una referencia válida, vamos a tener que reprogramar su cita.

Reclamaciones de compensación de trabajador autorizado se presentará directamente a la compañía para el pago. Con la firma de esta política, estoy autorizando a todos los pagos de seguros, incluyendo Medicare y Medigap pagos por servicios médicos prestados a mí o mis dependientes a los médicos de Urquhart Orthopedic Associates.

También autorizo a Dr. Urquhart a proporcionar y divulgar información sobre mi enfermedad y los tratamientos a los portadores de seguro para facilitar el pago de los servicios, a otros proveedores de atención médica para coordinar mi atención, y, en el caso del tratamiento de accidentes relacionados con las compañías de seguros, sus ajustadores, las enfermeras gestoras de casos, y los abogados.



FIRMA

FECHA

Nombre del seguro primaria

Nombre del seguro secundario

:

* Si es un accidente de trabajo o de auto, por favor proporcione un seguro privado .*

HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL

Razon para la visita :

Su visita es el resultado de un accidente o lesión? __ Si __ No

Fecha de la lesión: _____

Fue hospitalizado? __ Si __ No

¿Fue a la sala de emergencias? __ Si __ No

En caso afirmativo, el nombre de hospital: _____

Fecha de Tratamiento: _____ Se tomaron radiografías? __ Sí __ No

LOCALIZACION DEL PROBLEMA

Se trata de una lesión en el trabajo? __ Si __ No Accidente en su casa? __ Si __ No

Lesiones deportivas recreativas o de la escuela? __ Si __ No

Fue este un accidente de auto? __ Si __ No

Otro accidente de arriba? __ Si __ No

explique : _____

¿Está trabajando actualmente? __ Si __ No

Si es así, estás trabajando: Con Restricciones __ Si __ No

Cuales: _____

HISTORIA DE SALUD

Altura _____ Peso _____

¿Está o podría estar embarazada? ___ Si ___ No

Los problemas médicos (por ejemplo: presión arterial alta, diabetes, alteraciones tiroideas, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular reflujo ácido, etc)

Cirugías (Por favor escriba todas las cirugías y las fechas de las cirugías)

Medicamentos (Anote todos los medicamentos incluyendo las dosis)

Las alergias a algún medicamento, látex o la comida? ___ Si ___ No Por favor, lista incluir el tipo de reacción para cada uno. (Por ejemplo la penicilina, náuseas y vómitos)

¿Usted toma cualquiera de los medicamentos que adelgazan la sangre después de cada día?

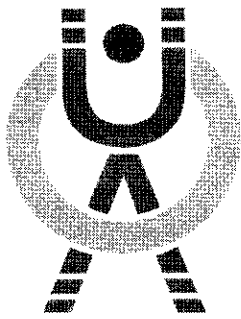
___ Aspirina ___ Ibuprofeno / Motrin ___ Acetaminophen ___ aceite de pescado
___ Coumadin ___ Plavix
___ Otros

¿Fuma usted? ___ Si ___ No Paquetes / día Años? _____ por cuantos Años? _____
Dejaste de fumar: _____

¿Bebes alcohol? ___ Si ___ No con qué frecuencia? _____
?

¿Utiliza productos que contengan cafeína? ___ Sí ___ No
qué tipo y con qué frecuencia
?

¿Es usted zurdo o diestro?



URQUHART ORTHOPEDIC ASSOCIATES

MARC W. URQUHART, M.D., FACS
ERICA ROWE URQUHART, M.D., Ph.D.

www.urquhartortho.com

FAX 201-471-2434

534 AVENUE E
BAYONNE, NJ 07002
201-436-8289

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO / ADMISIÓN

Asigno por este medio y el consentimiento al tratamiento de Urquhart Orthopedic Associates, PA instalaciones y autorizar a cada uno de sus médicos, profesionales de salud de empleados profesionales y miembros de su personal médico para prestar atención médica. Yo entiendo que la atención médica que recibe en este centro pueden incluir, pero no puede limitarse a, las pruebas de laboratorio, procedimientos diagnósticos, exámenes y administración de medicamentos, etc Yo entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento puede implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Yo entiendo y reconozco que no hay garantía se me ha hecho sobre el resultado de mi atención.

1. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo URQUHART Orthopedic Associates, PA para liberar la totalidad o parte de mi historial médico (si es necesario para determinar tanto la elegibilidad para beneficios de salud o verificar, recoger o buscar mi cuenta) a cualquier persona, corporación, organismo o entidad responsable del pago por el costo de la atención prestada a mí, o involucrados en la recolección, procesamiento, verificación, o el pago de mi cuenta, independientemente de si soy elegible para el reembolso por un tercero pagador. Mi consentimiento para la divulgación de esta información está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que la parte que deba hacer la divulgación ya confiar en mi consentimiento. Yo estoy de acuerdo con todos los requisitos de certificación de Pre-como se dice en mi póliza de seguro de salud.

Yo autorizo a ASSOCIATES URQUHART ORTOPEDICOS, P.A. a divulgar información a las instituciones de salud fuera, agencias, o los médicos cuando sea necesario para mantener la continuidad de la atención posterior descarga. Entiendo que se me han sido proporcionados por Orthopedic Associates Urquhart, PA "Aviso de Prácticas de Privacidad" para leer, y cualquier pregunta que tenía fueron contestadas a mi satisfacción.

_____; _____; O _____
Paciente o persona que firma en nombre del paciente Fecha de relación

2. Autorización para pagar médico y / o cirujano y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo autorizo y asigno el pago directamente a URQUHART Orthopedic Associates, PA por los servicios prestados a mí, mi cónyuge o dependientes de todos los servicios hospitalarios / oficina. Esta asignación de beneficios incluye los pagos de Medicare, el seguro comercial, compensación laboral, seguro de auto, etc

3. FINANCIERA AGREEMENT / Pago

Para y en consideración de la atención y el tratamiento brindado, por la presente garantiza el pago de todos los cargos no cubiertos o pagados por mis beneficios de seguros, incluyendo Medicare, compensación al trabajador y seguro sin culpa. I será responsable de los co-pagos, co-seguro, deducibles y pagos si mi seguro no paga dentro de 60 días a partir de la fecha de servicio. Cualquier cheque que recibo por los servicios prestados por esta oficina serán aprobados al correo y al médico junto con la explicación de los beneficios recibidos de la compañía de seguros.

Todos visitar los co-pagos y referencias válidas, en su caso, es su responsabilidad y se deben en el momento de su visita. Si usted no tiene su co-pago o de referencia, la cita será reprogramada. Todos Medicare, Auto, reclamaciones privadas de salud se presentan como créditos cedidos.

4. Política de No Arribo / CANCELACIÓN

Un cargo de \$ 25.00 se cargará si no llegan a su cita o para todas las citas canceladas en menos de 24 horas hábiles.

RECONOCIMIENTO

Yo reconozco que he leído (o lo han leído a mí) y entiendo esta forma y cualquier pregunta que tenía fueron contestadas a mi satisfacción. Yo estoy de acuerdo y acepta los términos de este formulario.

PACIENTE O PERSONA QUE FIRMA EN RELACIÓN CON NOMBRE DEL PACIENTE

Testigo de las firmas RECONOCIMIENTO tanto por encima como FECHA
SEGÚN CORRESPONDA

Paciente no puede firmar porque: