

TOMAN ORTHOPEDICS
AND SPORTS MEDICINE

CHARLES V. TOMAN, M.D.
Board-Certified, Fellowship-Trained, Orthopedic Surgeon
CAROLINE WEICKEL PA-C
Board-Certified Physician Assistant

Por favor, llene este paquete completo. Si algo no se aplica a usted, simplemente
escriba N/A.

Por favor, ponga iniciales y firme cuando sea necesario.

El Nombre del paciente: _____

La Fecha de Nacimiento: _____

Si el paciente es menor de 18 años- el nombre de los padres o el guardian:

El numero de Seguro Social del paciente: _____

El numero de Seguro Social del padre/ guardian/ garante: _____

Raza: _____ Genero: Masculino / Femenino

El Estado Civil: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

Numero de Telefono: _____

Numero de Telefono Secundario: _____

Direccion de Correo Electronico: _____

Dirreccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____

TOMAN ORTHOPEDICS
AND SPORTS MEDICINE

CHARLES V. TOMAN, M.D.
Board-Certified, Fellowship-Trained, Orthopedic Surgeon
CAROLINE WEICKEL PA-C
Board-Certified Physician Assistant

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Relacion con usted: _____

Numero de Telefono de Contacto Emergencia: _____

El Medico de Cabecera: _____

Numero de Telefono del Medico de Atencion Primaria: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Numero de Telefono de Farmacia: _____

Informacion del Garante del Seguro (Si el Garante no es Usted):

Nombre de Garante: _____

Fecha De Nacimiento de Garante: _____

El Numero de Seguro Social de Garante: _____

Relacion con el Paciente: _____

**TOMAN ORTHOPEDICS
AND SPORTS MEDICINE**

CHARLES V. TOMAN, M.D.
Board-Certified, Fellowship-Trained, Orthopedic Surgeon
CAROLINE WEICKEL PA-C
Board-Certified Physician Assistant

Por favor complete esta seccion si deseas que divulguemos su informacion medica protegida a miembros especificos de la familia o cuidadores.

Autorizo a Toman Orthopedics and Sports Medicine a divulgar informacion medica a las siguientes personas:

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Autorizo a Toman Ortopedia y Medicina Deportiva a divulgar mi información médica con el propósito de procesar reclamaciones de seguros, solicitudes de seguros, llenar recetas, cumplir con los requisitos de autorización previa según lo definido por mi compnia de seguros para estudios avanzados de imágenes / procedimientos programados, A un hospital o centro en el que estoy teniendo un procedimiento médico, y a mi médico de atención primaria o médico remitente, u otros proveedores médicos que requieren esta información para mi continuación del cuidado. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, la revocación será nula en el caso de que Charles V. Toman, MD LLC haya actuado en base a este consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

TOMAN ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

CHARLES V. TOMAN, M.D.
Board-Certified, Fellowship-Trained, Orthopedic Surgeon
CAROLINE WEICKEL PA-C
Board-Certified Physician Assistant

La Razon Por La Que Estas Aqui:

¿Esto ocurrió debido a un accidente automovilístico?

Si / No

Si no, por favor vaya a la página siguiente.

En caso afirmativo, notifique a la recepcionista y al personal médico y proporcione la siguiente información si está utilizando un seguro de automóvil para cubrir el costo de todas las visitas relacionadas con la queja por la que está siendo visto hoy:

Número de Reclamo de Accidente Automovilístico: _____

Nombre de la Compañía de Seguros de Automóviles: _____

Dirección de Facturación/ Postal para Reclamaciones: _____

Fecha del Accidente: _____

Nombre del Ajustador, Teléfono, Fax y Correo Electrónico:

Tenga en cuenta que en el caso de un reclamo de accidente automovilístico, requerimos que proporcione la información de su seguro de salud como una forma secundaria de seguro. Hacemos esto para que podamos facturar a su seguro de salud si sus beneficios se han agotado, o si su reclamo se está reteniendo con la compañía de seguros de automóviles debido a un evento como una visita inicial al hospital o atención médica de emergencia. Le pedimos amablemente que proporcione a la recepcionista la información de su seguro de salud para evitar incurrir en costos de bolsillo. Si no tiene seguro de salud, o no estamos a la par con su póliza de seguro, requeriremos una tarifa de visita de pago por cuenta propia de \$ 250 antes de ver al médico, más el costo de las radiografías si es necesario. **No aceptamos cartas de protección de compañías de seguros, abogados o terceros.**

1786 North West 2nd Avenue, Boca Raton, FL. 33432
PHONE 561.221.6895 FAX 561.221.6896 WEB tomanortho.com

TOMAN ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

CHARLES V. TOMAN, M.D.
Board-Certified, Fellowship-Trained, Orthopedic Surgeon
CAROLINE WEICKEL PA-C
Board-Certified Physician Assistant

Fue un accidente relacionado con el trabajo:

Sí / No

Si no, vaya a la página siguiente.

En caso afirmativo, notifique a la recepcionista y al personal médico y proporcione la siguiente información si está utilizando la Compensación de Trabajadores para cubrir el costo de todas las visitas relacionadas con la queja por la que está siendo visto hoy:

Número de Reclamo de Compensación para Trabajadores: _____

Compañía de Seguros de Compensación para Trabajadores: _____

Facturación de Compensación para Trabajadores / Dirección Postal: _____

Fecha del Accidente: _____

Cómo Ocurrió el Accidente:

Nombre del Ajustador, Teléfono, Fax y Correo Electrónico:

Tenga en cuenta que si usted es un paciente de compensación laboral, debemos recibir autorización para su tratamiento de su ajustador o administrador de casos antes de ver al médico. Si esta información no está disponible actualmente, le pedimos amablemente que re programe su cita. Tenga en cuenta que no somos un proveedor contratado con todas las compañías de Compensación de Trabajadores y ser visto por una lesión que ocurrió en el trabajo sin autorización previa puede hacer que su reclamo se retrase o sea denegado. Si su lesión es el resultado de un accidente de trabajo, es posible que su seguro de salud no cubra su reclamo porque debe presentarse bajo la póliza de Compensación de Trabajadores de su compañía. La ley de Florida requiere que la mayoría de los empleadores tengan cobertura de Compensación para Trabajadores. Si necesita ayuda para presentar un reclamo con compensación de trabajadores, debe comunicarse con su departamento de recursos humanos.

Historial médico

Por favor, seleccione cualquier condición médica que usted sufre actualmente

- Ansiedad
- Anemia
- Asma
- Fibrilacion Auricular
- Trastorno Bipolar
- Cancer:

- Cardio: Colesterol alto
- Cardio: Cardiopatía Isquémica
- Dolor Crónico
- EPOC
- Enfermedad Arterial Coronaria
- Trombosis Venosa Profunda
- Depresión
- Diabetes: Insulina o No Insulina dependiente
- Hepatitis
- VIH/ SIDA

- Paratiroides Alta
- Presión Arterial Alta
- Tiroides Hiperactiva
- Tiroides Baja
- Mieloma múltiple
- Obesidad
- PBPH
- Cáncer de Prostata
- Embolia Pulmonar
- Radioterapia
- Artritis reumatoide
- Apnea del sueño
- Convulsiones
- Accidente cerebrovascular
- Otros:

Historia quirúrgica

Por favor proporcione el tipo de cirugía, el nombre del cirujano o grupo médico, el centro quirúrgico u hospital, y el año en que se realizó la cirugía. Por favor proporcione tanta información como sea posible.

Historia ortopédica

Proporcione cualquier diagnóstico / problema ortopédico que haya tenido en el pasado, incluidas fracturas, esguinces, distensiones, afecciones artríticas o afecciones de la columna vertebral. Por favor, proporcione a su leal saber y entender la fecha aproximada de inicio / tratamiento. Si ha tenido una cirugía ortopédica en el pasado, proporcione el nombre del cirujano.

Lista de medicamentos

Proporcione una lista actualizada de cualquier medicamento que esté tomando, incluida la dosis, si está disponible. Si tiene su propia lista, puede proporcionársela a la recepcionista.

Alergias

Por favor, enumere sus alergias, prestando mucha atención a las alergias a medicamentos o material de uso común en el campo médico (yodo, látex, adhesivo, etc.)

Historia Social

¿Con qué frecuencia consumes alcohol?

- Diariamente
- 2-3 veces a la semana
- 1-2 veces al mes
- Rara vez
- Nunca

¿Eres fumador?

- Fumador actual
- Fumador pasado
- Nunca fumador

¿Haces ejercicio?

- Diariamente
- 3-5 veces a la semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Nunca

Medidas de Calidad

¿Tiene un apoderado de salud? Sí / No

(Un apoderado de salud o poder notarial para atención médica es la persona que usted elige para tomar decisiones de atención médica por usted si está demasiado enfermo para tomarlas usted)

Si es así, por favor proporcione el nombre de la persona:

Número de teléfono de Health Proxy: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Sí / No

¿Ha recibido la vacuna contra la gripe? Sí / No

Política Financiera

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico/paciente entre usted y nuestra oficina. Informarle de nuestras políticas con anticipación permite una comunicación abierta y que usted tome una decisión informada con respecto a su atención. Lea atentamente lo siguiente y no dude en pedir a nuestro personal de oficina una aclaración o una explicación adicional.

- Es la política de Toman Orthopaedics and Sports Medicine que el pago se debe realizar en el momento del servicio. Requerimos que todos los pacientes paguen sus requisitos de copago, coseguro y / o deducible al comienzo de cada visita. Si recibe servicios o productos adicionales que no se anticiparon antes de ver al médico (suplementos, inyecciones, equipo médico duradero, etc.), el personal le informará si esto incurrirá en un costo de bolsillo y se puede esperar que pague al momento de la salida o puede recibir una factura. Aceptamos efectivo o tarjeta de crédito.
- Usted entiende que es su responsabilidad estar informado sobre su póliza de seguro de salud y beneficios. Siempre facturaremos a su compañía de seguros en función de la tarifa contratada que tenemos con esa compañía. No controlamos estas tarifas o valores y no podemos cambiarlos debido a nuestra obligación contractual con su compañía de seguros.
- Usted entiende que es su responsabilidad mantener su información en el archivo actualizada. Si cambia de póliza de seguro, se muda a una nueva dirección o adquiere un nuevo número de teléfono, es imperativo que notifique a nuestra oficina. La falta de actualización de su información con nuestra oficina puede resultar en saldos pendientes. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted por teléfono y correo para informarle de su saldo. Los saldos pendientes por más de 90 días sin pagos realizados hacia el saldo se enviarán a una agencia de cobro, momento en el cual su saldo incurrirá en una tarifa de cobro del 35%.

TOMAN ORTHOPEDICS AND SPORTS MEDICINE

CHARLES V. TOMAN, M.D.
Board-Certified, Fellowship-Trained, Orthopedic Surgeon
CAROLINE WEICKEL PA-C
Board-Certified Physician Assistant

- No todos los servicios están cubiertos por cada plan de seguro individual, independientemente de si somos o no un proveedor participante con ese plan. Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios de seguro y ofrecerle servicios / notificarle de la no cobertura en consecuencia. Si elige recibir un servicio que no está cubierto por su seguro, usted será totalmente responsable del costo de ese servicio.
- Nuestra oficina tiene una política de no presentación para citas. Por favor, comprenda que cuando no viene a su cita programada, le ha quitado ese tiempo a otro paciente. Su primera cita sin presentarse es perdonada, sin embargo, para cualquier otra cita que no cancele antes de las 4 pm del día anterior, incurrirá en una tarifa de \$ 25. Entendemos que hay circunstancias sobresalientes en esta política y todas las tarifas se revisan caso por caso.
- Nuestra oficina acepta pacientes de "autopago" o "pago en efectivo". Solo ofrecemos esto a pacientes que no tienen seguro o tienen una póliza de seguro con la que no participamos. La tasa de pago por cuenta propia es la misma para todos los proveedores en nuestra oficina. Se aplica una tarifa de visita estándar de \$ 250 a todas las citas, y el costo de las radiografías es de \$ 50 adicionales. Cualquier servicio adicional que elija recibir en su cita incurrirá en un cargo adicional. Aceptamos efectivo o crédito.

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo con las políticas financieras. Usted reconoce que ha recibido notificación de estas políticas. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas políticas, estaremos encantados de ayudarle a comprenderlas.

Firma: _____ **Fecha:** _____