

INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS

FECHA: _____

USE LETRA DE MOLDE LEGIBLE INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, NOMBRE DEL MEDIO) NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Masculino Femenino

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO OTRO

TELEFONO PRIMARIO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

TELEFONO SEGUNDARIO: _____

(Que no viva en el hogar) Relacion: _____

EMPLEADOR: _____

TELEFONO: _____

TELEFONO DE EMPLEADOR: _____

MEDICO QUE LO REFIERE: _____

MEDICO PRIMARIO: _____

LA CONDICION DEL PACIENTE ESTA RELACIONADA CON:

SI NO EMPLEO Fecha _____

SI NO ACCIDENTE DE AUTO Fecha _____

SI NO OTRO ACCIDENTE _____ Fecha _____

PRINCIPAL PROBLEMA MEDICO HOY: _____ IZQUIERO/DERECHO (INDIQUE QUE LADO)

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: _____

COMO OCURRIO LA LESION: _____

TRATAMIENTO PREVIO POR EL PROBLEMA? _____ FECHA, LUGAR Y MEDICO TRATANTE: _____

RADIOGRAFIAS PREVIAS POR ESTA PROBLEMA? _____ FECHA _____ LUGAR _____

INFORMACION DEL SEGURO

Su tarjeta del seguro sera' solicitada para el proceso de registro

SEGURO PRIMARIO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

SEGURO SOCIAL: _____

SEGURO SOCIAL: _____

FECHA NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____

FECHA NACIMIENTO DEL ASEGURADO: _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DEL MADRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

EMPLEADOR DEL PADRE: _____

EMPLEADOR DE LA MADRE: _____

TELEFONO DEL TRABAJO: _____

TELEFONO DEL TRABAJO: _____

**ORTHOPAEDIC SPECIALISTS
SPORTS MEDICINE**

Please use **BLACK INK** when completing this form

ASSIGNMENT OF BENEFITS AND DIRECTION FOR PAYMENT

Patient: _____ Insurance Co: _____
(Primary)
Account #: _____ Insurance Co: _____
(Secondary)

I hereby instruct and direct the above named insurance company to pay by check made payable to:
**INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS
2260 NE 128RD STREET
N. MIAMI, FLORIDA 33181**

The medical and diagnostic expense benefits allowable and ~~eligible~~ payments to me under my current insurance policy as payment toward the total charges for the Services rendered. **THIS IS A DIRECT ASSIGNMENT OF MY RIGHTS AND BENEFITS UNDER THIS POLICY.** This payment will not exceed my indebtedness to Orthopaedic Specialists of Miami Beach and I have agreed to pay. In a correct manner, any balance of said service charges over and above this insurance payment except to the extent my liability for any such balance is limited by agreement or law applicable to the Orthopaedic Specialists of Miami Beach.

A photocopy of this assignment shall be considered as effective and as valid as the original. I also authorize the release of any information required in the course of my treatment to any insurance company, adjuster or attorney involved in this case.

DATE _____

SIGNATURE OF PATIENT
(OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE*)

PRINT NAME OF PATIENT
(OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE*)
*Please explain Representative's relationship to Patient and include a description of Representative's authority to act on behalf of Patient.

ASSIGNMENT AND LIEN FOR MEDICAL SERVICES RENDERED

I, _____, receive or become entitled to receive any monies from any source whatsoever for my injuries, either through a lawsuit, settlement of a lawsuit or claim, award by a court or arbitrator(s), jury verdict or payment of insurance proceeds, I hereby assign and agree to pay said funds to:

**INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS
2260 NE 128RD STREET
N. MIAMI, FLORIDA 33181**

to the extent of any outstanding amounts then owed by me to the Orthopaedic Specialists of Miami Beach for medical services before any other fees, costs, or expenses are disbursed from any said funds. I further agree that the fee for the services to be performed by the Orthopaedic Specialists of Miami Beach depends on the treatment rendered and that any amount that I owe to the Orthopaedic Specialists of Miami Beach shall constitute a lien on any claim or lawsuit I may have as a result of my injuries and any settlement, award, jury verdict or insurance proceeds that I receive or become entitled to receive as a result of my injuries.

This Assignment and Lien shall be placed in my chart and a copy thereof shall constitute actual notice to my attorney, or any other person, that my medical bills to the Orthopaedic Specialists of Miami Beach shall be paid first from the proceeds of any such lawsuit, settlement, award, jury verdict or insurance. This authorization cannot be modified unless it is in writing and signed by both parties.

I hereby appoint the Orthopaedic Specialists of Miami Beach or its designee as my attorney-in-fact to sign my name to and file a financing statement under the Uniform Commercial Code to evidence this lien.

I understand that I remain personally responsible for the payment of all fees owed by me to the Orthopaedic Specialists of Miami Beach and that notwithstanding this Assignment and Lien, the Orthopaedic Specialists of Miami Beach is not required to look to any other person or entity for payment.

I will instruct my attorney to pay the Orthopaedic Specialists of Miami Beach as provided above from any monies received by him/her described above. These instructions are irrevocable and may not be changed without the written agreement of the Orthopaedic Specialists of Miami Beach. I have given authorization to the Orthopaedic Specialists of Miami Beach to forward this document to my attorney.

DATE _____

SIGNATURE OF PATIENT
(OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE*)

PRINT NAME OF PATIENT
(OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE*)
*Please explain Representative's relationship to Patient and include a description of Representative's authority to act on behalf of Patient.

INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS

**Jerry Sher, M.D.
Sophia Deben, M.D.**

COBERTURA POR MALA PRAXIS

Bajo la Ley de la Florida, a los medicos generalmente les es requerido tener un seguro de mala praxis o de otra manera demostrar responsabilidad financier para cubrir posibles reclamaciones por mala praxis medica. **SU DOCTOR HA DECIDIDO NO TENER UN SEGURA DE MALA PRAXIS.** Esto esta permitido por la Ley de la Florida bajo ciertas condiciones. La Ley de la Florida impone penalidades en contra de los medicos no asegurados quienes fallen en satisfacer juicios adversos incurridos por demandas de mala praxis medica. Esta notificacion es provista conforme a los requisitos de la Ley de la Florida. Estatutos de la Florida 458.320 7(b)(II)5.

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____

**INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS**

PATIENT NAME: _____ DOB: _____

I hereby authorize _____
(PLEASE PRINT NAME OF DOCTOR/FACILITY TO RELEASE YOUR RECORDS)

To release my medical records information including any labs, diagnostic images, operative reports and office notes to:

**INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS
2260 NE 123rd STREET
NORTH MIAMI, FL 33181
(305) 674-5956 P
(786) 703-7872 F**

By authorizing the release of the above mentioned records, I understand that the medical records are confidential and cannot be disclosed without specific written consent of the person to whom they pertain, or as permitted by law. I further understand that once released, the records custodian, or its employees have no responsibility or liability that may arise regarding and aspect of this authorization.

PATIENT SIGNATURE: _____

WITNESS: _____

DATE: _____

APPOINTMENT POLICY

I understand that I will be charged a fee for appointments not cancelled within 24 hours. This includes cancelled appointments, rescheduled appointments, and missed appointments ("no shows").

The fee is \$ 50.00 but is subject to change at the discretion of INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS.

PATIENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

Patient Acknowledgment of Receipt of Privacy Practices Notice

Please Print

I, _____, hereby acknowledge that I have reviewed and received a copy of this office's *Notice of Privacy Practices* explaining:

- How this office will use and disclose my protected health information.
- My privacy rights with regard to my protected health information.
- This office's obligations concerning the use and disclosure of my protected health information.

I understand that the *Notice of Privacy Practices* may be revised from time to time and that I am entitled to receive a copy of any revised *Notice of Privacy Practices* upon request.

I also understand that if I have any questions or complaints, I may contact:

You may also contact the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services with any concerns regarding our privacy and security policies and procedures. Please contact our office for information on how to contact the U.S. Department of Health and Human Services.

Patient or Personal Representative

Signature: _____ Date: ____/____/____

Name: _____
Please Print

Relationship to Patient: _____

For Office Use Only

We made a good-faith effort to obtain an acknowledgment of _____'s receipt of our *Notice of Privacy Practices*. In spite of these efforts, our office has been unable to obtain a signed acknowledgment of receipt for the following reasons (check all that apply):

- Patient refused to sign (date of refusal) ____/____/____.
- Communications barriers prohibited obtaining an acknowledgment.
- An emergency situation prevented us from obtaining an acknowledgment.
- Other _____

Attempt was made by: _____ Date: ____/____/____

This product is designed to provide accurate and authoritative information. However, it is not a substitute for legal advice and does not provide legal opinions on any specific facts or services. The information is provided with the understanding that any person or entity involved in creating, producing or distributing this product is not liable for any damages arising out of the use or inability to use this product. You are urged to consult an attorney concerning your particular situation and any specific questions or concerns you may have.

COMPLYRIGHT™

A1354 ©2013 ComplyRight

ATTORNEY
AT-LAW

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Correo Electronico: _____

Edad: _____ Estatura: ___' ___" Peso: _____ Genero: M F

Es Usted? Derecho Zurdo

Motivo de consulta/Razon de la visita de hoy? _____

Fecha de la lesion o inicio sintomas: _____

Fue referido a nuestra oficina por un medico? Si No Es una situacion laboral? Si No

Nombre de medico que lo refirio: _____ Telefono #: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado: _____

.....
FARMACIA - (nombre, direccion, telefono):

MEDICAMENTOS: Incluye aquellos sin receta y suplementos herbales

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALERGIAS: Si No (de ser si, indique reaccion)

Medicamento	Reaccion
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergia a la Latex Si No Alergia a la Cinta Si No

.....
HISTORIA MEDICA PASADA: Ha tenido alguno(a) de los (as) siguientes? Por favor marque todas las casillas pertinentes:

- | | | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sida o VIH | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea | <input type="checkbox"/> Migrania | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Prolapso Valvula Mitral | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueno |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Tension Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsion | <input type="checkbox"/> Tension Arterial Baja | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Viruela |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Urinares | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Neumonin | <input type="checkbox"/> Other (please list) |
| <input type="checkbox"/> Sangrado Facil | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tranfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hemorroids | <input type="checkbox"/> Sarampion | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | _____ |

.....
ANTECEDENTES QUIRURGICOS/HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES:

Fecha	Cirugia/Enfermedad	Doctor	Hospital, Ciudad/Estado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

.....
HISTORIA MEDICA FAMILIAR:

	Edad	Condiciones o Enfermedades	Si ha fallado, Causa de muerte
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermano (s)	_____	_____	_____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Historia social del paciente:	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	Modo de vida <input type="checkbox"/> Con familia <input type="checkbox"/> Con amigos <input type="checkbox"/> Solo(a) <input type="checkbox"/> Otro	Uso de tabaco <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Anteriormente pero lo deje <input type="checkbox"/> Actualmente _____ Paquetes al día	Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Diaro
--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***OCUPACION: *** _____

REVISION POR SISTEMAS: Por favor indique abajo cualquier historia personal (*Encierre en un circulo todas las que apliquen*)

Musculo esquelético

Dolor articular No Si
 Rigidez o hinchazon articular No Si
 Debilidad muscular o articular No Si
 Dolores musculares o calambres No Si
 Dolor de espalda No Si
 Extremidades frias No Si
 Dificultad para caminar No Si

Sintomas generales

Mal estado de salud (ultimamente) No Si
 Cambio reciente de peso No Si
 Fiebre No Si
 Fatiga No Si
 Dolores de cabeza No Si

Oidos/Nariz/Boca/Garganta

Perdida de auditiva o zumbido No Si
 Dolor de oidos o secrecion No Si
 Problemas sinusales cronicos No Si
 Sangre por la nariz No Si
 Encias sangrantes No Si
 Ronquera o cambio de voz No Si
 Glandulas inflamadas en el cuello No Si

Cardiovascular

Problemas cardiacos No Si
 Dolor toracico o angina de pecho No Si
 Palpitaciones No Si
 Falta de aire al caminar No Si
 Hinchazon de pies, tobillos o manos No Si

Genitourinario

Orina frecuentemente No Si
 Ardor o miccion dolorosa No Si
 Sangre en orina No Si
 Incontinencia o goteo No Si
 Mujer - # de embarazos _____
 Mujer - # de partos/cesarios _____

Tegumentario (piel y senos)

Irritacion o plenzon No Si
 Cambio en el color de la piel No Si
 Varices No Si
 Dolor de seno No Si
 Nodulo en el seno No Si

Neurologico

Mareos/Vertigo/Cabeza ligera No Si
 Sensacion de entumecimiento u hormigueo No Si
 Temblor No Si
 Paralisis No Si
 Sed o orina excesiva No Si
 Intolerancia al calor o frio No Si
 Piel volviendose mas seco No Si

Hematologica/Linfatico

Lento para curar despues de cortes No Si
 Tendencia a sangrar o tener morados No Si
 Anemia No Si
 Ganglios agrandados No Si

Psiquiatrico

Perdida de memoria o confusion No Si
 Nerviosismo No Si
 Depresion No Si
 Insomnio No Si

Gastrointestinal

Perdida de apetito No Si
 Nauseas o vomitos No Si
 Diarrea frecuente No Si
 Constipacion No Si
 Sangrado rectal/sangre en heces No Si
 Dolor abdominal No Si

Respiratorio

Tos frecuente o cronica No Si
 Espujo con sangre No Si
 Falta de aire No Si
 Sibidos al respirar No Si

Ojos

Enfermedad o lesion ocular No Si
 Usa gafas/lentes de contacto No Si
 Vision borrosa o doble No Si

Mujeres:

Menstruaciones irregulares No Si
 Manchado frecuente? No Si
 Esta usted embarazada? No Si
 (si es mayor de 18 anos)
 Esta usted lactando? No Si

Ha sufrido alguna lesion o sintoma previamente en relacion con esta parte del cuerpo? Si No

De ser si, por favor provoca detalles: _____

Por favor enliste los deportes/hobbies que usted disfruta: _____

INFORMACION LEGAL:

Existe alguna demanda legal, abierta o pendiente relacionada con este problema por el cual lo(a) vemos hoy? Si No

Al mayor de mi conocimiento, las preguntas en este cuestionario han sido respondidas con certeza. Yo entiendo que proveer informacion incorrecta puede ser nocivo para mi salud. Es mi responsabilidad informar al doctor de cualquier cambio en mi estado de salud. Yo tambien autorizo al personal de salud a realizar los servicios necesarios que yo pudiese requerir.

Firma del paciente o Padre si es menor

Fecha

Firma de medico

Fecha

INTERNATIONAL ORTHOPAEDIC SPECIALISTS

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

NOMBRE _____

HA RECIBIDO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO PARA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES? Der ser si, explique

- | | |
|------------------------------------------------|---------------|
| Enfermedad Mental | SI ___ NO ___ |
| VIH Positivo / SIDA | SI ___ NO ___ |
| Enfermedades de Transmision Sexual | SI ___ NO ___ |
| Abuso de Alcohol | SI ___ NO ___ |
| Uso de Drogas Illicitas | SI ___ NO ___ |
| Es menor de 18 Años y se encuentra embarazada? | SI ___ NO ___ |

Si ha respondido SI a cualquiera de las arriba, por favor escriba sus iniciales en las categorias correspondientes listadas abajo las cuales autorizan a International Orthopaedic Specialists a compartir esta informacion con terceras partes con fines de tratamiento o propositos de pago en el evento que sean requeridas por dichas terceras partes o requeridas por ley.

- Iniciales _____ Informacion sobre Enfermedad Mental
- Iniciales _____ Informacion sobre VIH / SIDA
- Iniciales _____ Informacion sobre Enfermedades de Transmision Sexual
- Iniciales _____ Informacion sobre Abuso de Alcohol
- Iniciales _____ Informacion sobre Uso de Drogas
- Iniciales _____ Informacion sobre Embarazo, si el paciente es menor de dieciocho (18)

HA LEIDO Y COMPRENDO LA INFORMACION EN ESTE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO. YO SOY EL PACIENTE O SU AUTORIZADO LEGAL PARA ACTUAR POR SU INTERES Y FIRMAR ESTE DOCUMENTO VERIFICANDO CONSENTIMIENTO SOBRE LOS TERMINOS ESTABLECIDOS ARRIBA.

Firmando a continuacion,
Yo comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones de arriba.

**FIRMA DEL PACIENTE
(O REPRESENTANTE AUTORIZADO)**

**NOMBRE IMPRENTA DEL PACIENTE
(O REPRESENTANTE AUTORIZADO)**

Fecha _____

***Por favor, explique la relacion del Representante con el paciente y incluya un descripcion de que autoridad tiene el Representante para actuar en interes del Paciente.**

Firma del Medico _____ Fecha _____