

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

(En letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono particular (línea fija): _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género: Mujer Hombre Mujer transgénero a hombre Hombre transgénero a mujer Genderqueer Elige no especificar
 Categoría de género adicional no incluida en la lista _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Blanco
 Hispano Elige no especificar Otro que no figura en la lista _____

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Elige no especificar

Idioma preferido: Inglés Español Lenguaje de señas Otros que no figuran en la lista _____

Número de Seguro Social del paciente: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si no es el paciente)

(Información utilizada para los estados de cuenta del paciente)

Parte responsable: Otro paciente Garante El paciente mismo Marque aquí si la información de dirección y teléfono es la misma que la del paciente

Nombre de la parte responsable: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento: DD ____/MM ____/AAAA _____ Sexo: Femenino Masculino

Número de Seguro Social de la parte responsable: _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Presente sus tarjetas de seguro (primario, secundario, etc.) en la recepción al ingresar.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____

Número de teléfono: _____ ¿Tiene un testamento en vida? Sí No

Relación del contacto de emergencia con el paciente: _____ Tutor

Domicilio _____

Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Ext. _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico que se va a utilizar, para que pueda tomar una decisión sobre si someterse o no a un tratamiento o un procedimiento después de conocer los riesgos y peligros que implica. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso a fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento o el procedimiento adecuados para cualquier afección identificada.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) es su intención que este consentimiento continúe vigente, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) autoriza el tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a discontinuar los servicios en cualquier momento.

Usted tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le sea indicada. Si tiene alguna inquietud sobre alguna prueba o tratamiento que haya indicado su proveedor de atención médica, le recomendamos hacer preguntas. Voluntariamente solicito a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente del médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según sea necesario, que realicen el examen médico, las pruebas y el tratamiento razonables y necesarios para la afección por la que busqué atención médica en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de realizar las pruebas o los procedimientos.

Certifico que leí y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento pleno y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante personal en letra de imprenta: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aviso de prácticas de privacidad/clínicas

_____ (Iniciales del paciente/representante) Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la clínica/consultorio puede usar y divulgar mi información médica para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos; entiendo que puedo comunicarme con el Funcionario de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que el proveedor o los socios comerciales del proveedor pueden divulgar esta información de forma electrónica. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

Consentimiento para el uso de correo electrónico, teléfono celular o mensaje de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular en los que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones no seguras y otras comunicaciones de atención médica en mi correo electrónico o en la dirección de mensajes de texto que proporcioné u obtuve el consultorio o su administrador de EBO, en cualquier número de mensaje de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información de recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a la familia o representantes designados con respecto a mi tratamiento o afección, o mensajes recordatorios de citas para la atención médica.

Importante: Puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. La clínica/consultorio no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular según lo estipulado en su plan de servicios inalámbricos (comuníquese con su proveedor para conocer los precios y los detalles de los planes).

Importante: Este centro utiliza una historia clínica electrónica que actualizará todos sus datos demográficos y consentimientos con la información que acaba de proporcionar. Tenga en cuenta que esta información también se actualizará para su comodidad en todos nuestros centros afiliados con los que usted se relaciona que comparten la historia clínica electrónica.

Consentimiento para la toma de fotografías u otro tipo de grabación para operaciones de seguridad o atención médica

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales de audio o imágenes de mí para la atención, a los fines de seguridad o para operaciones de atención médica del consultorio/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que el consultorio/clínica conserva los derechos de propiedad de las imágenes o las grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso a las imágenes o grabaciones, u obtener copias de estas, cuando sea tecnológicamente posible a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se guardarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifica no se divulgarán ni se utilizarán fuera de las instalaciones sin una autorización específica por escrito de mi parte o mi representante legal, a menos que la ley lo permita o exija.

Divulgaciones a amigos y/o familiares

¿DESEA DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDA CONVERSAR SOBRE SU CONDICIÓN MÉDICA? EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUIÉN?

Otorgo un permiso para que mi información de salud protegida sea divulgada con el fin de comunicar los resultados, los hallazgos y las decisiones de atención a los familiares y otras personas mencionadas a continuación:

	Nombre	Relación	Número de contacto
1:			
2:			
3:			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación debe ser por escrito.

Divulgación de la información.

Por la presente doy mi permiso para que el consultorio o la clínica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente hospitalizado o ambulatorio divulguen información de atención médica a los fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica.

- La información de atención médica sobre servicios anteriores en otros proveedores afiliados de HCA puede estar disponible para que proveedores afiliados de HCA posteriores coordinen la atención. La información de atención médica puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del paciente a fin de verificar cuestiones de cobertura o pago, o para cualquier otro fin relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada a la persona designada de mi empleador cuando los servicios brindados se relacionen con una reclamación en virtud de una indemnización por accidentes de trabajo.
- Si tengo la cobertura de Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes de operaciones, notas de evolución de enfermería, consultas, informes psicológicos o psiquiátricos, tratamiento por abuso de drogas y alcohol y resumen del alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este establecimiento participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas a fin de que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para cumplir metas que pueden incluir, entre otras: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo que se necesita para acceder a mi información; reunir y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros propósitos que sean permitidos por ley. Entiendo que este establecimiento puede ser miembro de una o más organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química o enfermedades infecciosas incluidas, entre otras, enfermedades de transmisión sexual como el VIH y el SIDA.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Retiro de recetas

Puede haber momentos en los que necesite que un amigo o familiar retiren una receta del consultorio de su médico. Para que nosotros emitamos una receta a su familiar o amigo, necesitaremos un registro de su nombre. Antes de otorgar la receta, la persona designada deberá presentar una identificación con foto y firmar la receta.

Quiero designar a la siguiente persona para que retire una receta en mi nombre:

Nombre	Relacion

No quiero designar a ninguna persona para que retire mi receta.

Acuerdo financiero

- Reconozco, que como una cortesía, **Dallas Sarcoma Associates** puede facturar a mi compañía de seguros los servicios que reciba.
- Acepto pagar los servicios que no estén cubiertos o cargos cubiertos no pagados en su totalidad incluidos, entre otros, cualquier copago, coaseguro o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro.
- Entiendo que se aplica un cargo por los cheques devueltos.

Cobro por parte de un tercero. Reconozco que **Dallas Sarcoma Associates** puede usar los servicios de un tercer socio comercial o entidad afiliada como una oficina comercial extendida ("Prestador de servicios EBO") para prestar servicios y facturar cuentas médicas.

Cesión de beneficios Por el presente cedo a **Dallas Sarcoma Associates** cualquier beneficio de seguro o de terceros disponible por los servicios de atención médica que me fueran provistos. Entiendo que **Dallas Sarcoma Associates** tiene el derecho a rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios son cedidos a **Dallas Sarcoma Associates**, acepto enviar inmediatamente una vez recibidos todos los pagos del seguro de salud o de terceros que reciba por los servicios que me fueran provistos.

Certificación del paciente de Medicare y cesión de beneficios. Certifico que cualquier información que proporcione, en su caso, al solicitar el pago según el Título XVIII ("Medicare") o Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguro Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea realizado en mi nombre a **Southwest Scoliosis Institute** por parte del programa Medicare o Medicaid.

Consentimiento a llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Acuerdo que, para que **Dallas Sarcoma Associates** o la oficina comercial extendida (Prestador de servicios EBO) y los agentes de cobro, administren mi cuenta o cobran cualquier monto que adeude, expresamente acuerdo y doy mi consentimiento para que **Dallas Sarcoma Associates** o el prestador de servicios EBO y los agentes de cobro puedan comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número, incluido celular, que haya proporcionado o que **Dallas Sarcoma Associates** o el prestador de servicios EBO y los agentes de cobro hayan obtenido, o a cualquier otro número de teléfono enviado o transferido desde ese número, sobre los servicios prestados o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes grabados/de voz artificial o el uso de un dispositivo de discado automático.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará con la misma validez que el original.

Firma del paciente o representante personal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente/representante personal en letra imprenta: _____ **Relacion:** _____

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores de todas las páginas y doy su consentimiento total y voluntariamente a su contenido.



Solo si usted ha dado previamente su consentimiento para recibir comunicaciones a través de mensajes de texto/llamadas a teléfono celular/correo electrónico y desea retirar/dar la baja voluntaria/revocar el consentimiento para las comunicaciones a través de correo electrónico, mensajes de texto y/o llamadas a teléfono celular. En otras palabras, ya no deseo que se use mi dirección de correo electrónico o número de teléfono celular para las comunicaciones mencionadas anteriormente.

___ Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través de **mensajes de texto.**

___ Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través de **llamadas al teléfono celular.**

___ Por el presente revoco mi solicitud para recibir cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios y salud general a través del **correo electrónico.**

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

**NEW PATIENT ASSESSMENT – Please circle your answers and explain as needed.
EVALUACIÓN DEL NUEVO PACIENTE – Marque con un círculo sus respuestas y aclare cuando sea necesario.**

Name/Nombre: _____ Age/Edad: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____
 Height/Altura: _____ Weight/Peso: _____
 Pharmacy Name/Nombre de la farmacia: _____ Pharmacy Address/Dirección de la farmacia: _____
 Pharmacy Phone/Teléfono de la farmacia: _____ Pharmacy Fax/Fax de la farmacia: _____
 Referring Provider/Prestador que derivó: _____ Primary Care Provider/Prestador de atención primaria: _____
 Infectious Disease Provider/Prestador de enfermedades infecciosas: _____ Orthopedic Provider/Prestador ortopédico: _____
 Any Other Providers/Cualquier otro prestador: _____

Chief Complaint: Why have you come to see us today?/Motivo de consulta: ¿por qué ha venido a visitarnos hoy?

Pain/Dolor Mass/Tumor/Masa/tumor Infection/Infección Wound/Herida Doctor’s Order/Prescripción médica Other/Otro: _____

In which body part?/¿En qué parte del cuerpo? _____ Left/Izquierdo/a Right/Derecho/a

When did you notice the problem?/¿Cuándo se dio cuenta del problema? _____

How did you first notice it? (Injury, illness, etc.)/¿Cuándo fue la primera vez que lo notó? (lesión, enfermedad, etc.) _____

Do you have other symptoms?/¿Tiene otros síntomas?

Drainage/Drenaje Redness/Enrojecimiento Swelling/Hinchazón Stiffness/Rigidez Weakness/Debilidad Fever/Fiebre Numb/Adormecimiento

How does it feel?/¿Cómo se siente?

Aching/Dolorido Throbbing/Fuerte Sharp/Agudo Dull/Tenue Stabbing/Punzante Burning/Ardiente Tingling/Cosquilleo

Rate your pain (1-10), with 10 being a trip to the ER/Califique su dolor (1-10): el 10 representa un viaje a la sala de emergencias: _____

Are you symptoms getting/Sus síntomas están Better/Mejorando Worse/Empeorando Same/Igual

When does it hurt?/¿Cuándo siente dolor?

Day/ Night/ Standing/ Walking/ Stairs/ In/Out of Chairs/ Constant/ Occasional/
 De día De noche Al ponerse de pie Al caminar Al subir escaleras Al levantarse/sentarse Constantemente Ocasionalmente

Other/Otro: _____

Medications/Medicamentos

(Please also include over the counter and herbal medications.)/(Incluya los medicamentos de venta libre y herbarios).

Medication Medicamento	Dose Dosis	Frequency Frecuencia	Date When Medication Began Fecha en que comenzó con el medicamento



Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Past Medical History: Please circle conditions you have/had/Historial médico pasado: marque con un círculo las enfermedades que tiene/tuvo:

- | | | |
|---|---|--|
| Anemia/Anemia | Heart Attack/Ataque cardíaco | Poor Circulation/Mala circulación |
| Anxiety/Ansiedad | Heart Problem/Problema cardíaco | Pulmonary Embolism/Embolia pulmonar |
| Arthritis/Artritis | Hepatitis/Hepatitis | Rheumatoid Arthritis/Artritis reumatoidea |
| Bleeding Disorder/Trastorno hemorrágico | Hernia/Hernia | Seizures/Epilepsy/Convulsiones/epilepsia |
| Blood Clots/Coágulos de sangre | High Blood Pressure/Hipertensión arterial | Stroke/Derrame |
| Cancer/Cáncer | Kidney Disease/Enfermedad renal | Thyroid Problems/Problemas de tiroides |
| Diabetes/Diabetes | Leg or Foot Ulcer/Úlcera de pierna o pie | Tuberculosis/Tuberculosis |
| Endocarditis/Endocarditis | Liver Disease/Enfermedad hepática | Ulcers/Úlceras |
| Fibromyalgia/Fibromialgia | Lung Disease/Enfermedad pulmonar | Urinary Tract Infections/Infección del tracto urinario |
| GERD (Acid Reflux)/Reflujo gástrico
(GERD, por sus siglas en inglés) | Osteoporosis/Osteoporosis | Other/Otro: _____ |
| Gout/ Gota | Pacemaker/Marcapasos | _____ |

Childhood Diseases/Enfermedades infantiles: Measles/Sarampión Mumps/Paperas Scarlet Fever/Fiebre escarlata Other/Otra: _____

Have you ever been diagnosed with Hepatitis C, and if so, when?/¿Le han diagnosticado hepatitis C? De ser así, ¿cuándo? _____

(If yes, then you should not drink alcohol as it is associated with varying degrees of risk to your health.)

(Si su respuesta es afirmativa, no debería beber alcohol ya que se asocia con diferentes grados de riesgo para su salud).

Females: Are you now, or do you think you could be pregnant?/Mujeres: ¿Está embarazada o cree que podría estarlo? Yes/Sí No/No

ALLERGIES/ALERGIAS

SURGERY/HOSPITALIZATIONS/CIRUGÍA/HOSPITALIZACIONES

DATE/ FECHA

Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Family: What illnesses have there been in your family?/Familia: ¿qué antecedentes de enfermedades han habido en su familia?

	Major Illnesses, or had the same problem as you do now Enfermedad grave, o con el mismo problema que usted tiene en la actualidad	Living? ¿Vive?	Age of Death Año de fallecimiento
Father/Padre			
Mother/Madre			
Sibling (M F) Hermano (M F)			
Sibling (M F) Hermano (M F)			
Child (M F) Hijo (M F)			
Child (M F) Hijo (M F)			
Grandparent (M F) Abuelo (M F)			
Grandparent (M F) Abuelo (M F)			

Siblings: Brothers/Hermanos (en total): Hermanos: _____ Sisters/Hermanas: _____ Healthy?/¿Saludables? _____
 Children: Sons/Hijos (en total): Hijos: _____ Daughters/Hijas: _____ Healthy?/¿Saludables? _____

Social/Social:

Alcohol: How often do you drink?/Alcohol: ¿Con cuánta frecuencia bebe?

Daily/Diariamente Weekly/Semanalmente Monthly/Mensualmente Occasionally/Ocasionalmente Never/Nunca

Unhealthy alcohol use covers a spectrum that is associated with varying degrees of risk to health. This may include risky use, problem drinking, harmful use, and alcohol abuse, and the less common but more severe alcoholism and alcohol dependence. Risky use is defined as >7 standard drinks per week (or >3 drinks per occasion) for women and seniors and >14 standard drinks per week (or >4 drinks per occasion) for men <65 years old.
El consumo de alcohol en exceso abarca diferentes grados de riesgos para la salud. Esto puede incluir el consumo riesgoso, problemas con la bebida, el consumo perjudicial y el abuso del alcohol y, lo que es menos común pero más grave, alcoholismo o dependencia alcohólica. El consumo riesgoso se define como más de siete tragos por semana (o más de tres tragos por ocasión) para las mujeres y personas mayores y más de catorce tragos por semana (o más de cuatro tragos por ocasión) para hombres menores de 65 años.

Tobacco: Do you smoke now?/Tabaco: ¿Fuma? Yes/Sí No/No
 How many packs per day?/¿Cuántas cajetillas por día? _____ How many years?/¿Hace cuántos años? _____
 Have you quit?/¿Ha dejado? Yes/Sí No/No If yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

The U.S. Surgeon General has said, "Smoking cessation (Stopping smoking) represents the single most important step that smokers can take to enhance the length and quality of their lives."
El cirujano general de los EE. UU. ha dicho "El abandono del tabaquismo (dejar de fumar) representa el único paso más importante que los fumadores pueden tomar para mejorar la duración y la calidad de su vida".

Exercise/Hace ejercicio: Never/Nunca Sometimes/A veces Often/Con frecuencia
 Are you/Usted es: Single/Soltero Married/Casado Widowed/Viudo Divorced/Divorciado Other/Otro: _____
 Where do you live now?/¿Dónde vive?
 Home Alone/En casa solo With Family/Con familia Nursing Home/En un asilo Assisted Living/Vida asistida Rehab/LTAC/Rehabilitación/LTAC
 Drugs: Have you, or do you currently, use illegal drugs?/Drogas: ¿ha consumido o consume drogas ilegales?
 Yes/Sí No/No Quit (when)/Dejó (cuándo): _____
 Diet/Dieta: Diabetic/Diabetes Low Salt/Baja en sodio Low Carb/Baja en carbohidratos Other/Otra: _____
 Occupation/Ocupación: _____
 Working/Trabajador Retired/Jubilado Temp. Disability/Temporal Discapacidad Perm. Disability /Permanente Discapacidad

ROS: What else is troubling you TODAY?/Revisión de síntomas: ¿qué otro problema tiene HOY?

General/General:	Fever/Fiebre	Chills/Escalofríos	Weight Loss/Gain /Pérdida/aumento de peso	Fatigue/Fatiga	Malaise (Feel Sick)/ Malestar (descompostura)	Night Sweats/ Sudoración nocturna
Skin/Piel:	Multiple Birthmarks/Marcas de nacimiento múltiples	Rashes/Erupciones	Wounds/Heridas	Itching/Comezón		
Head/Cabeza:	Cavities/Cavidades	Vision Changes/Cambios en la visión	Ulcers/Úlceras			
Chest/Pecho:	Shortness of Breath/ Dificultad para respirar	Wheezing/Sibilancia	Cough/Tos	Chest Pain/ Dolor en el pecho	Palpitations/Palpitaciones	
Digestion/Digestión:	Nausea/Náuseas	Vomiting/Vómitos	Constipation/Estreñimiento	Diarrhea/Diarrea		
Urine/Orina:	Infections/Infecciones	Bloody/Sangre	Frequency/Frecuente	Urgency/Urgente		
Reproduction /Reproducción:	Discharge/Pérdidas	VD/STD/Enfermedades venéreas/enfermedades de transmisión sexual	Irregular Periods/ Períodos irregulares			
Nerves/Nervios:	Fainting/Desmayos	Shooting Pains/Dolores punzantes	Numbness/Entumecimiento	Tingling/Cosquilleos	Weakness/Debilidad	
Body/Cuerpo:	Cramps/Calambres	Soreness/Dolor	Fractures/Fracturas	Swollen Joints/ Articulaciones Inflamadas		
Mind/Mente:	Depression/Depresión	Anxiety/Ansiedad	Mood Swings/ Cambios de humor			
Glands/Glándulas:	Swollen Glands /Glándulas inflamadas	Chills/Escalofríos	Sweats/Sudoración	Hyperactive/Hiperactividad	Constant Hunger/Thirst/ Hambre/sed constante	
Blood/Sangre:	Bruises/Hematomas	Transfusions/Transfusiones	Blood Thinners/Anticoagulantes			

Immunizations/Vacunas

Have you had the flu shot this flu season?/¿Se ha colocado la vacuna antigripal esta temporada? ___ Yes/Sí ___ No/No

If Yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Have you had the Pneumococcal vaccine?/¿Se ha colocado la vacuna antineumocócica? ___ Yes/Sí ___ No/No

If Yes, when?/En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

"I attest that the above information is true and correct, to the best of my knowledge."

"Certifico que la información anterior es verdadera y correcta, según mi conocimiento".

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Patient Name/Nombre del paciente: _____ Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Thank you for taking the time to tell us about you!

Did you know that all this information can point to bone and muscle conditions? Everything you answer here can help us find the real problem.

¡Gracias por tomarse el tiempo para hablarnos acerca de usted!

¿Sabía que esta información puede identificar enfermedades de los huesos y músculos? Todo lo que responda puede ayudarnos a encontrar el problema real.

Patient Name/ Nombre del paciente: _____

Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____

Fall Risk Assessment - Age 65 and older
Evaluación en Riesgos de Caída edad 65 o Mayor

Please Note: This screening is required by federal mandate to be completed annually.
Atención: Este cribado es requerido por un mandato federal de ser completado anualmente.

Date/Fecha: _____

Increased Fall Risk Factors (check all that apply)/ Incremento de factores de riesgos de caída (marque en lo que aplica):

Diagnoses (Do you have 3 or more existing Medical Conditions?)

Diagnosis (¿Tiene 3 o más condiciones médicas existentes?)

Do you have a prior history of falls within 3 months?

¿Tiene una historia previa de caídas dentro de los 3 meses?

Incontinence (Do you have an uncontrolled bladder?)

Incontinencia (¿Tiene una vejiga incontrolable?)

Visual Impairment (Do you have trouble seeing?)

Discapacidad visual (¿Tiene dificultad para ver?)

Environmental Hazard (Do you have stairs or loose rugs at home?)

Peligro medioambiental (¿Tiene escalones o alfombras sueltas?)

Impaired functional mobility (Do you use a cane or walker?)

Movilidad funcional deteriorada (¿Utiliza un bastón o caminante?)

Polypharmacy (Do you take more than 3 medications?)

Polifarmacia (¿Consume más de 3 medicamentos?)

Pain affecting level of function (Does pain keep you from performing your daily activities?)

Dolor afectando su nivel de función (¿El dolor lo/a detiene de hacer sus actividades diarias?)

Cognitive Impairment (Do you have trouble remembering things, concentrating, or making decisions that affect daily life?)

Discapacidad cognitivo (¿Tiene problemas para recordar cosas, concentrarse o tomar decisiones que afectan la vida diaria?)

None of the above

Ninguna de las anteriores

History of falls in the past year/ Historial de caídas en el último año: NO YES/SI

If yes, how many/ Si es si, cuantas veces: _____

If yes, were you injured/ Si es si, estaba lesionado?: NO YES/SI

Medicare Secondary Payor Development Form

Facility Name DALLAS SARCOMA ASSOCIATES	COID 23151	Patient's Retirement Date	Spouse's Retirement Date	Spouse's Deceased Date
---	----------------------	---------------------------	--------------------------	------------------------

Patient's Name	Account No.	Medicare No.
----------------	-------------	--------------

You must ask the patient each question in sequence and comply with any instructions which follow an answer. Failure to obtain information regarding Medicare as a secondary payor is a violation of your Provider agreement with Medicare.

<p>Does the patient have an HMO policy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If Yes, name, address and phone of HMO: _____ _____</p> <p>Does the HMO replace Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <i>If Yes, the HMO will be primary. If No, it will be secondary.</i></p> <p>Is this patient an inpatient? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Was the patient given Important Message? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <i>If No, why not?</i> _____</p>	<p>Has patient been an Inpatient in a health care facility within the last 60 days? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If Yes, name, address and phone of facility: _____ _____</p> <p>Has the patient had any outpatient medical services in the last 72 hours? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If Yes, name, address and phone of facility: _____ _____</p>
--	--

<p>1. Are you receiving Black Lung (BL) Benefits? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; Date benefits began: _____ <i>If Yes, BL is Primary only for claims related to BL.</i></p> <p>2. Are the services to be paid by a government program such as a research grant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; <i>Government program will pay primary benefits for these services.</i></p> <p>3. Has the Department of Veterans Affairs (DVA) authorized and agreed to pay for care at this facility? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; <i>DVA is primary for these services.</i></p> <p>4. Was the illness/injury due to work related accident or condition? <input type="checkbox"/> No; Go to Question 5. <input type="checkbox"/> Yes; Date of injury/illness: _____ Name, address and phone of Workers Compensation Plan: _____ _____ Policy or ID Number: _____ Name, address and phone number of your employer: _____ _____ <i>If Yes, Workers Compensation is Primary Payor only for claims related to work related injury or illness. Go to Question 8.</i></p> <p>5. Was the illness/injury due to a non-work related accident? <input type="checkbox"/> No; Go to Question 8. <input type="checkbox"/> Yes; Date of accident: _____</p> <p>6. What type of accident caused the illness/injury? <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Non-Automobile Name, address and phone of no-fault or liability insurer: _____ _____ Insurance Claim Number: _____ <i>No-Fault insurer is Primary payor only for those claims related to the accident. Go to Question 8.</i> <input type="checkbox"/> Other (explain) _____</p>	<p>7. Was another party responsible for this accident? <input type="checkbox"/> No; Go to Question 8. <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of any liability insurer: _____ _____ Insurance claim number: _____ <i>If yes, liability insurer is Primary only for those claims related to the accident. Go to Question 8.</i></p> <p>8. Are you entitled to Medicare based on: <input type="checkbox"/> Age; Go to Questions 9 – 12. <input type="checkbox"/> Disability; Go to Questions 13 – 16. <input type="checkbox"/> ESRD; Go to Questions 17 – 23.</p> <p>9. Are you currently employed? <input type="checkbox"/> No; Date of retirement: _____ <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of your employer: _____ _____</p> <p>10. Is your spouse currently employed? <input type="checkbox"/> No; Date of retirement: _____ <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of spouse's employer: _____ _____ <i>If the patient answered No to both questions 9 and 10, Medicare is primary. If the patient answered "Yes" to questions 1 – 4 or 5 – 7 then Medicare is NOT primary payer.</i> Do not proceed any further. <i>If yes to questions 9 or 10, go to questions 11 and 12.</i></p> <p>11. Do you have group health plan (GHP) coverage based on your own, or a spouse's current employment? <input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is primary payer unless the patient answered Yes to questions 1 – 4 or 5 – 7. <input type="checkbox"/> Yes</p>
--	---

Medicare requires this form to be completed for every Medicare patient. The information is used to determine if other payors are primary to Medicare. Medicare requires the patient to sign the MSP form.

Medicare Secondary Payor Development Form

Patient's Name _____	Account No. _____	Medicare No. _____
12. Does the employer that sponsors your GHP employ 20 or more employees? <input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7. <input type="checkbox"/> Yes; Stop. Group Health Plan is Primary. Obtain the following information. Name, address and phone of GHP: _____ _____ Policy ID Number: _____ Group ID Number: _____ Name of Policy Holder _____ Relationship to Patient _____	17. Do you have group health plan (GHP) coverage? <input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary. <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of GHP: _____ _____ Policy ID Number _____ Group ID Number: _____ Name of Policy Holder _____ Relationship to Patient _____ Name, address and phone of employer, if any from which you received GHP coverage: _____ _____	
13. Are you currently employed? <input type="checkbox"/> No; Date of Retirement _____ <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of your employer: _____ _____	18. Have you received a kidney transplant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; Date of Transplant: _____	
14. Is a family member currently employed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; Provide name, address and phone of employer: _____ _____ <i>If patient answers "No" to both questions 13 and 14, Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7. Do not proceed any further.</i> <i>If Yes to questions 13 or 14, go to question 15 and 16.</i>	19. Have you received maintenance dialysis treatments? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes; Date dialysis began: _____ If you participated in self dialysis training program, provide date training started: _____	
15. Do you have your group health plan (GHP) coverage based on your own, or a family member's current employment? <input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7. <input type="checkbox"/> Yes	20. Are you within the 30 month coordination period? <input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary. <input type="checkbox"/> Yes	
16. Does the employer that sponsors your GHP, employ 100 or more employees? <input type="checkbox"/> No; Stop. Medicare is Primary unless the patient answered "Yes" to questions 1-4 or 5-7. <input type="checkbox"/> Yes; Stop. Group Health Plan is Primary. Obtain the following information: Name, address and phone of GHP: _____ _____ Policy ID Number: _____ Group ID Number: _____ Name of Policy Holder _____ Relationship to Patient _____	21. Are you entitled to Medicare on the basis of either ESRD and age, or ESRD and disability? <input type="checkbox"/> No; Stop. GHP is Primary during the 30 month coordination period. <input type="checkbox"/> Yes	
22. Was your initial entitlement to Medicare (including simultaneous Entitlement) based on ESRD? <input type="checkbox"/> No; <i>Initial entitlement based on age or disability.</i> <input type="checkbox"/> Yes; Stop. GHP continues to pay Primary during the 30th month coordination period.	23. Does the working aged or disability MSP provision apply (i.e., is the GHP primary based on age or disability entitlement)? <input type="checkbox"/> No; <i>Medicare continues to pay Primary.</i> <input type="checkbox"/> Yes; <i>GHP continues to pay Primary during the 30 month coordination period.</i>	
I understand that I am responsible for charges not covered by the Medicare program, and that such services include, but are not limited to the following: Cosmetic surgery, dental care, take-home drugs, private duty nurses, custodial care, television, telephone, private room (unless medically necessary), personal convenience items, non-FDA approved medical devices.		
X _____ Patient or Representative / Relationship	X _____ Witness	_____ Date