

STEPHEN E. EARLE, MD, PA
la CERTIFICADO-TABLA de ORTOPEDICA de la CIRUGIA
la CERTIFICADO-TABLA DE la CIRUGIA ESPINAL

NOMBRE: _____ FECHA: _____

LA DIRRECCION: _____ LA CUIDAD: _____

EL ESTADO: _____ EL CODIGO POSTAL: _____

EL NUMERO DEL TELEFONO DE LA CASA: _____

EL NUMERO DEL TELEFONO DEL CELULAR: _____

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ HOMBRE/MUJER: _____

La FECHA DE el NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR, EL PARTIDO RESPONSABLE ES: _____

La RELACION AI PACIENTE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTO: _____

EL NUMERO DEL TELEFONO: _____

ALGUNA ALERGIA CONOCIDA: _____

EMPLEADOR ACTUAL: _____

*** Los PACIENTES de la COMPENSACION del TRABAJADOR, CONTINUAN POR FAVOR A LA SECCION DENOMINADA 'COMPENSACION de TRABAJADOR.'***

COMPAÑIA DE SEGUROS PRIMARIA: _____ ID: _____

NOMBRE de MIEMBRO: _____ GROUP #: _____

COMPAÑIA DE SEGUROS SEGUNDO: _____ ID: _____

NOMBRE de MIEMBRO: _____ GROUP #: _____

SECCION de COMPENSACION de TRABAJADOR

SI CONOCIDO,

La FECHA DE HERIDA: _____ COMPAÑIA DE SEGUROS: _____

CLAIM #: _____ ADJUSTER: _____

NUMERO de TELEFONO: _____ DIRECCION: _____

EL NOMBRE DE EMPLEADOR (EN AQUEL MOMENTO DE LA HERIDA): _____

¿COMO OCURRIO LA HERIDA?: _____

¿DONDE ES SITUADO EL DOLOR?: _____

SINTOMAS:

___ FRIOS ___ DEPRESION ___ MAREO ___ FANITING ___ FIEBRE ___ DOLOR de la CABEZA
___ ANSIEDAD ___ DUERMA PERDIDA ___ ENTUMECIMIENTO ___ DOLOR DE PECHO
___ FALTA DE ALIENTO ___ HIPOTENSION ___ VISION ENTURBIADA
___ La DIFICULTAD que TRAGA ___ La PERDIDA DE CONTROL de VESICULA ___ HIPERTENSION
___ La SENSACION del ARDOR EN ARMAMENTOS ___ La SENSACION del ARDOR EN PIERNAS

HISTORIA:

___ MARCAPASOS ___ SIDA ___ ALCOHOLISMO ___ ANEMIA ___ DESORDENES SANGRIENTOS
___ EPILEPSIA ___ ENFERMEDAD CARDIACA ___ VIH POSITIVO
___ AFECCION HEPATICA ___ TOMAS ___ GOLPE ___ ENFERMEDAD VENEREA

MEDICINAS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

La HISTORIA FAMILIAR DE CONDICIONES MEDICAS, SI CONOCIDO:

HISTORIA SOCIAL:

¿EJERCITA? _____ ¿SI ESO ES EL CASO, CON QUE FRECUENCIA? _____
¿FUMA? _____ ¿SI ESO ES EL CASO, CON QUE FRECUENCIA? _____
¿BEBE ALCOHOL? _____ ¿SI ESO ES EL CASO, CON QUE FRECUENCIA? _____

INTERNACIONES:

¿SI ESO ES EL CASO, CUANDO, DONDE, LO QUE PARA?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

¿JAMAS HA TENIDO USTED UNA TRANSFUSION de SANGRE? _____ ¿CUANDO? _____

AUTORIZO LA LIBERACION DE CUALQUIER MEDICO INFORMATION NECESSARY A ESOS PARTIDOS CREYO APROPIADO CON RESPECTO A MI CUIDADO. COMPRENDO QUE las CARGAS CONTRAIDAS SON MI RESPONSABILIDAD DIRECTA (los CASOS de COMPENSACION de TRABAJADOR EXIMIERON).

FECHA _____ FIRMA _____

SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER, EL ENCIMA DE INFORMACION ES COMPLETO Y CORRECTO. COMPRENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD de INFORMAR a MI MEDICO, SI yo, O MI NIÑO SECUNDARIO, JAMAS TIENE UN CAMBIO EN la SALUD.

FIRMA _____

NOMBRE _____

La RELACION AL PACIENTE, SI no AUTO: _____

FECHA _____

La LIBERACION DE INFORMACION-TAREA DE BENEFICIOS

COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER CO-PAGOS, el COASEGURO Y/O DEDUCTIBLE se ASOCIARON CON MI COBERTURA Y/O CORCELES MEDICOS CONTRAJERON ANTES DEL ACTIVATION DE, O DE TERMINACION SIGUIENTE DE MI ALCANCE de SEGURO.

Yo POR LA PRESENTE AUTORIZO PAGO DIRECTAMENTE A MI MEDICO, el Dr. STEPHEN E. EARLE, M.D.

AUTORIZO a MI MEDICO a ACTUAR COMO a MI AGENTE EN AYUDARME OBTENGO PAGO DE MI COMPAÑIA DE SEGUROS.

AUTORIZO la LIBERACION DE INFORMACION A TODAS MIS COMPAÑIAS DE SEGUROS.

AUTORIZO el USO DE ESTA FORMA EN TODOS MIS SUMISIONES de SEGURO Y PERMITO que UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION SEA UTILIZADA EN PALCE DE LA ORIGINAL.

AUTORIZO LA LIBERACION DE MIS HISTORIAL MEDICO/ESTUDIOS A ESOS MEDICOS A QUIEN SOY REFERIDO.

FIRMA _____

NOMBRE _____

FECHA _____

EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD

HE RECIBIDO la NOTA de ESTA OFICINA DE PRACTICAS de INTIMIDAD, QUE EXPLICA COMO MI INFORMACION MEDICA SERA UTILIZADA Y SERA REVELADA.

FIRMA _____

FECHA _____