



Upland Grove Medical Group

1330 San Bernardino Road, Suite B, Upland, CA 91786 • (909) 981-0608 Fax (909) 982-5327

Información General

Nombre De Paciente _____ Fecha de Nac. ____/____/____ Edad _____
(last) (first)

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Codg Postal _____

Hombre Mujer Casado Soltero Divorciado Viudo

Tel. () _____ Celularone () _____

SS# _____ - _____ - _____ Lic. de Conducir# _____

Lenguaje Primario _____ ¿Necesita Un Interprete? Si No

¿Quien lo refirio a nuestra oficina?

Su visita de ahora es relacionada a un accidente de trabajo? Si No

Nombre del Regulador _____ #Reclamo _____

Información De Empleo

Empleador _____ Tel. () _____

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Codg Postal _____

Compañía de Seguros/Información de Facturación

Persona Responsable _____ Parentesco _____ Fecha de Nac. _____

Empleador del Asegurado Titular (si este no es el paciente) _____

Cia. de Seguros _____ Tel. () _____

Dirección _____ Ciudad, Estado _____ Codg Postal _____

Asegurado Titular _____ Parentesco con el paciente _____

SS#_del Aseg. Titular _____ #Poliza/Grupo _____

En Caso De Emergencia Comuníquese con:

_____ Tel: () _____

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Debido a las reglas rigurosas adoptadas por el Gobierno Federal (HIPAA - Decreto de Transportabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud) referente a la confidencialidad del paciente. La responsabilidad del paciente sera hacer que se envi el expediente médico y los resultados de estudios médicos a nuestra oficina. Muchos centros médicos o expediente médico, ya sea por fax o por correo aéreo, sin una autorización firmada por usted el día que los solicite. Por su proteccion, nuestra oficina no puede obtener los resultados de sus estudios médicos con una llamada telefónica. Es su responsabilidad hacer que todos los resultados de estudios médicos de otros centros médicos lleguen a tiempo a nuestra oficina antes de su proxima cita.

Por la presente autorizo a Upland Grove Medical Group (James Ho, M.D./Gregory Suelzle, M.D.) a obtener el expediente médico, estudios, radiografías o cualquier información pertinente para una mejor evaluación y tratamiento de mi condición medica. Esta autorización permanecerá en efecto por 1 (uno) año a menos que yo rescinda por escrito.

Parte Responsable

Fecha

AUTORIZACION DE CESION A COMPANIA DE SEGUROS
AUTORIZACION DE REVELACION DE INFORMACION MEDICA

Por la presente solicito que se pague los beneficios autorizados por Medicare al médico o proveedor de Upland Grove Medical Group por los servicios prestados a mi persona. Autorizo que cualquier informacion médica acerca de mi persona le sea disponible a la Administracion Financiera de Cuidados de Salud y su personal para determinar esos beneficios o los beneficios a pagarse por los servicios prestados.

Tengo entendido que mi firma autoriza el pago tanto como la cesión de Información Médica Personal necesaria para el pago de este reclamo. En casos asignados de Medicare, el médico o proveedor acepta el pago determinado por Medicare como pago total, y el paciente solamente es responsable del deducible, seguro coparticipe y servicios que Medicare no cubre. El cobro de seguro coparticipe y deducible son determinados por Medicare.

Nombre del Beneficiario

HIC (No. Medicare)

COMPANIA DE SEGUROS - AUTORIZACION Y CESION DE BENEFICIOS

Por la presente autorizo a Upland Grove Medical Group para proporcionar Información Personal de Salud de mi enfermedad y tratamiento a las empresas de seguros o a otra entidad necesario para pagar la reclamación, y por la presente de asignar a Upland Grove Medical Group de todos los pagos por los servicios médicos prestados a mi persona o a mis dependientes o yo mismo. Tengo entendido que soy responsable del pago del deducible y cualquier cantidad que no cubra la Compañía de Seguros, laboratorio, radiografías y otros servicios adicionales recibidos en relacion con la visita a la oficina del doctor. Estos seran cobrados por separado. Los deductibles serán pagados en el momento del servicio prestado y se añadirá un cobro de \$25.00 por cualquier cheque sin fondos.

Firma de la Parte Responsable

Fecha

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

El suscrito autoriza recibir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo servicios de emergencia, laboratorio, radiografias o cualquier procedimiento médico bajo las instrucciones generales y específicas del médico.

Firma de la Parte Responsable

Fecha

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE MENOR DE EDAD

Por la pesente doy consentimiento y autorizo que mi hijo/a menor de edad:

Nombre del Menor de Edad

Fecha de Nacimiento del Menor de Edad

el diagnostico y tratamiento terapéutico, incluyendo servicios de emergencia, análisis de laboratorio, radiografias, tratamiento médico o quirúrgico o cualquier procedimiento administrado bajo las instrucciones generales y específicas del médico.

Firma de Padre o Apoderado

Fecha

¿Vive usted con el menor? SI NO Numero de telefono si es diferente al del menor _____

DERECHOS DE PACIENTE

Usted tiene de derecho a rehusar a dar consentimiento o impugnar cualquier parte de este formulario. Si es así, por favor hable con nosotros acerca de eso. Si usted otorga dar su consentimiento en este documento, usted podría rescindir su consentimiento por escrito en el futuro. Este derecho y otros derechos que usted tiene referente a su Información de Salud Personal, el uso y divulgación de información, se encuentran en detalle en nuestra hoja de Observaciones no Publicadas, solicite uno y leáala cuidadosamente. Nosotros lo apreciamos como paciente y nos esforzaremos en prestarle el mejor servicio que podamos.

Identification Verified by: _____

A Nuestros Pacientes;;

Para cumplir con las normas superiores de su privacidad y confidencialidad acerca de su informacion medica, le pedimos que llene lo siguiente. where you want.

Poemos comunicamos con usted a este numero referente a su cita medica? (confirmar, cancelar Nueva cita, etc?)

Podemos dejar mensajes?

1. () _____
Telefono/casa

Si No

Si No

2. () _____
Telefono/trabajo

Si No

Si No

3. () _____
Celularone

Si No

Si No

4. _____
Correo electronico

Si No

Si No

5. () _____
Telefono/emergencia

Parentesco: _____



UPLAND GROVE MEDICAL GROUP

Gregory Suelzle, M.D., Board Certified Pain Management · CApainMD.com

James Ho, M.D., Board Certified Family Practice · jhomd.com

**ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE REGARDING
PRIVACY OF INFORMATION**

In compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), we are required to provide you, the patient, a Notice of our Privacy Practices. The notice describes how health information about you may be used and disclosed, and how you can get access to this information. Please review it carefully.

En conformidad con el acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), nos otros es requerido que laproporcione al paciente el Aviso de la Practicas de la Privacidad. Este aviso describe cómo la información de la salud sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada, y cómo usted puede tener el acceso a esta información. Por favor lea esta informacion cuidadosmente.

.....

I hereby acknowledge that I was given a copy of Upland Grove Medical Group's Notice of Privacy Practices to read. I was also given the opportunity to have a copy to take with me if I desired. In addition, a Notice of Privacy Practices is posted in the patient waiting area.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used and disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. I also understand that you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree, then you are bound to abide by such restrctoins.

Signature

Date

Print Name

If not signed by patient, please indicate relationship: _____

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this receipt of Notice of Privacy Practices form but was unable to do so as documented below:

Date: Initials: Reason:

Last Name *Apellido*

First Name *Nombre*

Age *Edad*

Male/Female
Masculino/Femenio

List Doctors you have seen/City
Liste medicos que ha visto/ciudad

Shade in Where You Have Pain

Circle Words That Describe Your Pain

Círcule las Palabras que Describen su Dolor

Dull Ache Sharp Burning Stiff Cold Hot
De Dolor Sordo Agudo Quema Rigido Frio Caliente

Tightness Off and On Shooting Muscle spasm
Apriete Encendido y apagado Tiro Contractura Muscular

Electrical Entire Body Worse in the Morning
Eléctrico Cuerpo Entero Peor en la mañana

Worse in the Afternoon Worse in the Evening
Peor en la tarde Peor en la noche

Worse at Night Constant All Day
Peor por la noche Constante todo el día

When did you start having this pain?
¿Cuándo empezó a tener este dolor?

What month? _____ of what year? _____
¿Qué mes de qué año?

What do you think caused the pain?
¿Qué crees que causó el dolor?

What makes the pain increase?
¿Que hace que el dolor aumente?

Sitting Standing Walking Twisting Bending
Sentado Parado Caminar Torsión Flexión

Lifting *Levantando* Moving Neck *Mover el cuello*

What makes the pain decrease? *¿Que hace que disminuya el dolor?*

Medications *Medicamento*

Sitting *Sentado* Standing *Parado* Walking *Caminar* Laying down *Acostado* Injections *Inyecciones*

Pain Level Place an (X) along this line to indicate how severe your pain is today

Nivel de Dolor Coloque una (X) a lo largo de esta línea para indicar que tan severo es su dolor hoy

No Pain _____ Worst Pain Possible
No Hay Dolor Peor Dolor Posible

Please circle what activities you can do:
Por Favor, circule las actividades que usted puede hacer:

	Walk	5	8	10	15	20	30	60	minutes
grocery shop	housework	cook meals	do dishes	yard work	drive				
<i>tienda de ultramarines</i>	<i>trabajo domestico</i>	<i>cocinar comidas</i>	<i>lavar los platos</i>	<i>trabajo de jardineria</i>	<i>conducir</i>				

How many days have you missed work last month due to pain? _____
¿Cuántos días a faltado al trabajo en el mes pasado? *No trabajo fuera del hogar.*

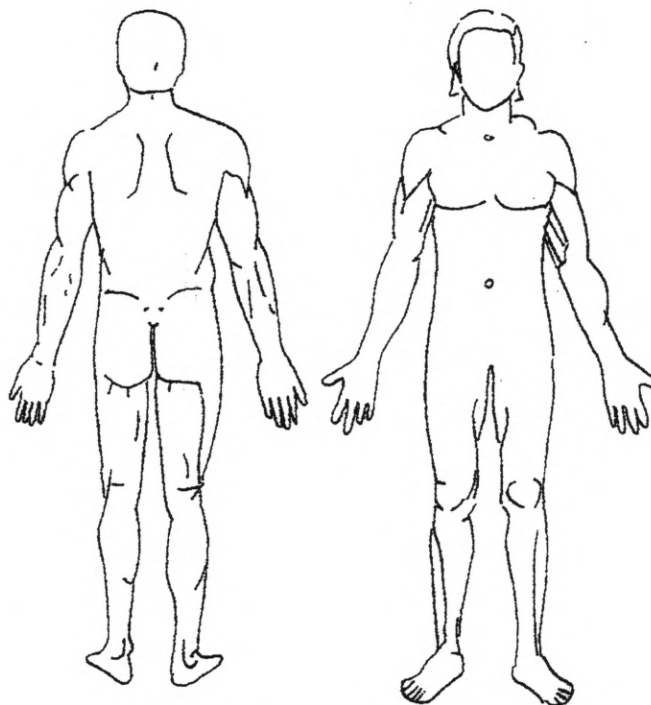
Please Circle Any of the Following Treatments You Have Had:

Por Favor Circule Cualquiera de los Siguietes Tratamientos que Usted ha Tenido:

Physical Therapy Pool Therapy Biofeedback Chiropractic Manipulation Tens Unit Acupuncture
Terapia Física Terapia de grupo Biofeedback Manipulación Quiropráctica Decenas Unidad Acupuntura

Trigger Point Injections Nerve Blocks Epidural Steroids Psychological Counseling for Pain
Inyecciones de Punto Gatillo Bloques de Nervio Esteroides Epidurales Asesoramiento Para el Dolor Psicológico

Back Surgery Other _____
Cirugía de Espalda Otros



Pain Questionnaire Cuestionario de Dolor Patient Name *Nombre del Paciente* _____

Who do you live with at home? *¿Con quien vive en casa?* _____

Are you single, married, separated, divorced, widowed? *¿Eres soltero, casado, separado, divorciado, viudo?*

What type of work do you do? _____

¿Que tipo de trabajo hace? _____

What was your last date of work? _____ Is this a work related Injury **Y N**

¿Cual fue su última fecha de trabajo? _____ *¿Esta es una labor relacionada con la lesion?* **S N**

Was there a lawsuit regarding your pain? **Y N H** Have you ever been on Disability? **Y N**

¿Ha ido a un juicio relacionado a su dolor? **S N** *¿Has sido alguna vez sobre la discapacidad?* **S N**

Please List Any Other Medical Problems You Have Had *Por favor, liste otros problemas medicos que han tenido.*

Please list surgeries you have had *Por favor, liste serugias que a tenido anteriormente* _____

Circle any medical problems you have had and the approximate year you first had it. Place an (F) next to it if a family member has had the problem.

Cícuale cualquier otros problemas medicos que ha tenido y el primer año que los tubo. Coloque una (F) junto a problema, si algun miembro de su familia ha tenido el problema.

Stomach Problems *Problemas de Estómago*
 Asthma/Bronchitis *Asma y Bronquitis*
 Shortness of Breath/Loud Snoring
Falta de Aliento y Fuertes Ronquidos
 Heart Disease/Heart Attack *Infarto de Cardiopatía*
 Depression *Depresión*
 Decreased Concentration *Concentración Disminuida*
 Unexplained Crying *Llanto Inexplicable*
 Night Sweats/Fever *Fiebre y Sudores de Noche*
 Kidney Problems *Problemas de Riñón*
 Diabetes *Diabetes*
 Cancer *Cáncer*
 Fainting *Desfallecimiento*
 Liver Problems/Yellow Skin
Problemas hepáticos de lapie/ Piel amarilla

Bleeding Problems *Problemas de sangrado*
 Pneumonia *Neumonía*
 High Blood Pressure/Irregular Heartbeats
Latidos irregulares y presión arterial alta
 Emotional Changes *Cambios Emocionales*
 Treatment by a Psychiatrist *Tratamiento por un psiquiatra*
 Decreased Appetite *Disminución del apetito*
 Difficulty Sleeping *Dificultad para dormir*
 Headaches *Dolores de Cabeza*
 Constipation *Estreñimiento*
 Weight Loss/Weight Gain *Pérdida de Peso/Aumento de Peso*
 Epilepsy/Stroke *Epilepsia/Trazo*
 Numbness/Weakness *Entumecimiento y Debilidad*
 Changes in Bowel, Bladder or Sexual Function
Cambios en la Función Sexual, la Vejiga o el intestine

Have you ever smoked? **Y N** What year did you stop? _____
¿Ha fumado alguna vez? **S N** *¿Qué año paro?* _____
 Were you ever a heavy drinker of alcohol? **Y N** When did you stop? _____
¿Fue usted alguna vez un gran bebdor de alcohol? **S N** *¿Cuándo paro?* _____
 Have you ever used street drugs? **Y** Please circle: Marijuana, Speed, Amphetamines, Cocaine, IV Drugs
¿Ha utilizado alguna vez drogas illitas? **S N** *Círculo en Marihuana Velocidad, Anfetaminas, Cocaine, Drogas de IV*

Have you had any of the following tests? Approximate date Which hospital?
¿Ha tenido alguna de las siguientes pruebas? Fecha aproximada *¿En qué hospital?*
 Rayos X _____
 MRI Resonancia Magnética _____
 CT Scan TC _____
 Nerve Test Prueba de Nervios _____

Are you allergic to any medications? Please list: _____

¿Es alergico a un medicamento? Liste: _____

Do you take any Tylenol medications? **Y N** How many do you take on an average day? _____

¿Toma algún medicamento de Tylenol? **S N** En promedio, ¿cuántos se toma por día? _____

Do you take any blood thinners? **Y N** What do you take? _____

¿ESTA TOMANDO ALGÚN DILUYENTE DE LA SANGRE? **S N** **¿QUE ESTE TOMANDO ?** _____

Please list all medications (including over the counter medications) Medications used in the past Any problems you had:
Liste de todos los medicamentos (incluyendo los medicamentos) *Medicamentos usados en el pasado y los*
Problemas que ha tenido

