

**Información del Paciente:**

Nombre del Paciente (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_

(Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Femenina / Masculino Estado Civil: Casado/a / Soltero/a / Divorciado/a Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero Movil: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Hogar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Como fue usted referido a nuestra clinica? \_\_\_\_\_

**Información de Responsabilidad** (Persona responsable por pagos. Dejar en blanco si es igual que el paciente.)

(Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (Segundo) \_\_\_\_\_

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ Female / Male

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Compañia de Seguro Primaria**

Nombre de Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Compañia de Seguro Secundario**

Nombre de Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estoy de acuerdo que la informacion en este formulario es correcta y actualizada, lo mejor de mi conocimiento hasta la fecha.

Firma del Paciente (o De la Persona Responsable) : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



*Orthopaedic Surgery  
& Sports Medicine*

OF SAN ANTONIO

**Consentimiento para Propósitos de Tratamiento, Pago, Operaciones del Cuidado de la Salud y  
Aviso de Prácticas de Confidencialidad**

Doy mi consentimiento para que Orthopaedic Surgery & Sports Medicine of San Antonio, que en adelante llamaremos “OSSMSA”, utilice y divulgue información de salud protegida mía, para propósitos de diagnóstico, tratamiento, obtención de pago de mis cuentas (facturas), u operaciones del cuidado de la salud realizadas por OSSMSA. Entiendo que el diagnóstico o el tratamiento que me administre el doctor **Andrew L. Whaley, M.D. o Collin Krasowski PA-C.** u otros proveedores que son empleados o contratados con OSSMSA puede estar condicionada al mi consentimiento como evidencia de mi firma en este documento. Entiendo que Andrew L. Whaley, M.D., Collin Krasowski, PA-C u otros proveedores que son empleados o contratados con OSSMSA puede proporcionar atención a mí en instalaciones en las que pueden tener un interés financiero

Entiendo que tengo derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo se use o se divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos, o las políticas relacionadas con operaciones del cuidado de la salud. A OSSMSA no se le exige que convenga con las restricciones que yo pudiera solicitar. Sin embargo, si OSSMSA conviene con alguna de las restricciones que yo solicite, la restricción es responsabilidad de OSSMSA y de \_\_\_\_\_.

(Escriba su nombre completo aquí)

Tengo derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, en la medida en que el doctor **Andrew L. Whaley, M.D., Collin Krasowski PA-C.**, o OSSMSA hayan emprendido acción basado en la seguridad del consentimiento.

Mi “Información de Salud Protegida” significa información médica, incluyendo mi información demográfica proporcionada por mí, creada o recibida de mi médico, de otro proveedor de servicios de salud, de un plan médico, de mi empleador, o de algún centro de intercambio de información de salud. Esta información de salud protegida que se relacione con mi salud física o mental o padecimiento pasado, presente o futuro, que me identifica o que existe una base razonable para creer que la información pudiera identificarme.

Antes de firmar este documento entiendo que tengo derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Confidencialidad de OSSMSA que me ha sido proporcionado. El Aviso de Prácticas de Confidencialidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que ocurrirán durante mi tratamiento, pago de mis cuentas, o durante el desempeño de operaciones del cuidado de la salud realizadas por OSSMSA. Además, este Aviso de Prácticas de Confidencialidad de OSSMSA está disponible en la recepción de cada clínica y en el sitio Web de OSSMSA [www.ossmsa.com](http://www.ossmsa.com). Este Aviso de Prácticas de Confidencialidad también explica mis derechos y las obligaciones de OSSMSA respecto a mi información de salud protegida.

OSSMSA se reserva el derecho de modificar las prácticas de confidencialidad descritas en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Puedo obtener un Aviso Revisado de las Prácticas de Confidencialidad visitando el sitio Web de OSSMSA, llamando al consultorio, o solicitando que se me envíe una copia revisada por correo o recibéndola personalmente el día de mi próxima cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal



Paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Persona quien lleno este formulario? (porfavor circule) Paciente Conyuge/Familiar Tutor

Si no fue el paciente, favor de escribir nombre completo: \_\_\_\_\_

A. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Su Doctor Primario/Familiar: \_\_\_\_\_ NINGUNO

Desea que mantegamos al tanto a su Doctor primario de su historial medico?  SI  No

Telefono \_\_\_\_\_
Direccion: \_\_\_\_\_
Ciudad/Estado/CP: \_\_\_\_\_
Numero de Fax \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_
Direccion: \_\_\_\_\_

B. HISTORIAL MEDICO

Alergias  SI  No
Aterosclerosis (arterias tapadas)  SI  No
Anemia  SI  No
Anciedad  SI  No
Artritis  SI  No
Asma  SI  No
Enfermedad autoinmune  SI  No
Dolor de Espalda  SI  No
Enfermedad de Sangrado  SI  No
Coágulos de Sangre  SI  No

Si, Donde? \_\_\_\_\_

Cancer  SI  No

Si, Donde? \_\_\_\_\_

Demencia  SI  No

Depresión  SI  No

Diabetes  SI  No

Si, que tipo? \_\_\_\_\_

Enfisema/enfermedad en pulmones  SI  No

Enfermedad de Ojos  SI  No

Si, que tipo? \_\_\_\_\_

Fracturas  SI  No

Si, Donde? \_\_\_\_\_

Gota  SI  No

Migrañas  SI  No

Problemas de oído  SI  No

Arritmia Cardiaca  SI  No

Ataque al Corazon  SI  No

Efermedad del Corazon  SI  No

Si, que tipo? \_\_\_\_\_

Ha sido evaluado por un Cardiologo?  SI  No

Hepatitis  SI  No

Si, que tipo? \_\_\_\_\_

Hernia  SI  No

Si, que tipo? \_\_\_\_\_

Presion Alta  SI  No

Colesterol alto  SI  No

Insomnio  SI  No

Enfermedad del riñon  SI  No

Piedras en el riñon  SI  No

Problemas de Hígado  SI  No

Osteoporosis  SI  No

Marcapasos  SI  No

reflujo estomacal  SI  No

Convulsiones  SI  No

Apnea del sueño  SI  No

Problemas esplénicos  SI  No

Embolio  SI  No

Ulceras en Estomago  SI  No

Enfermedad de tiroides  SI  No

Si, que tipo? \_\_\_\_\_

Tuberculosis  SI  No

Infecciones del tracto urinario  SI  No

Algun otro historial medico? \_\_\_\_\_

Femenina:

Endometriosis  SI  No

Síndrome de ovario poliquístico  SI  No

Masculino:

Agrandamiento de la próstata  SI  No

Paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_

**C. HISTORIA QUIRURGICA**

Ha tenido alguno de los siguientes?

- Cirugia Abdominal  SI  No
- Apendectomía  SI  No
- Cirugia de Cerebro  SI  No
- Cirugia de Espalda  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Cirugía de vejiga  SI  No
- Cirugia de Huesos  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Cirugía intestinal  SI  No
- Crugia Cosmetica  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Cirugia de Ojo  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Cirugia de vesícula  SI  No
- Cirugia de Corazon  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Reparación de hernia  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_

- Cirugia Nasal  SI  No
- Cirugia de tiroides  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Amigdalectomía  SI  No

**Femenina:**

- Biopsia de mama  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Cirugia de busto  SI  No  
Si, que tipo? \_\_\_\_\_
- Cesárea  SI  No
- Histerectomía  SI  No

- Ligadura de trompas  SI  No
- Quistes de ovario  SI  No
- Masculino:**
- Cirugia de próstata  SI  No
- Vasectomia  SI  No

Otro histotial quirúrgicos? \_\_\_\_\_

**D. ALERGIAS**

Alergico algun medicamento?  SI  No

Nombre de Medicamento	Reacción

Ha tenido alguna reaccion a lo siguiente? (circule)

- Contraste de yodo/rayos X  Latex  Cinta adhesiva  Vacuna de Influenza  Otro: \_\_\_\_\_

**E. MEDICAMENTOS**

Actualmente toma algún medicamento recetado?  SI  No

Toma algún suplemento comprado sin receta medica?  SI  No

Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia

Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia

Si tiene mas medicamentos favor de anadir una lista.

**F. HISTORIAL SOCIAL**

Circule:

- Estatus de Empleo actual:  Empleado  Desempleado  Retirado  Estudiante  Otro
- Con quien vive:  Familia  Solo  Con Amigos  Otro
- Descapitado?  SI  No
- Tabacco:  SI  No  
Si, cajetillas por día: \_\_\_\_\_ años: \_\_\_\_\_  
No, en su casa es un lugar libre de tabacco?  SI  No
- Consumo actual de alcohol:  SI  No  
Si, # de bebidas por semana: \_\_\_\_\_
- Consumo actual de drogas:  SI  No  
Anteriormente, pero abandone (Fecha): \_\_\_\_\_
- Hace ejercicio?  SI  No  
Si, frecuencia? \_\_\_\_\_
- Sigue usted alguna dieta?  SI  No  
Si, que tipo de dieta? \_\_\_\_\_

**G. HISTORIAL MEDICO FAMILIAR**

Desconocido/Adoptado

Andrew L. Whaley, MD

Page 6

	Madre	Padre	Hermanas	Hermanos	Abuela Materna	Abuela Paterna	Abuelo Materna	Abuelo Paterno
Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesterol Elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolio/Ataque al corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos Hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaccion Adversa a Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecido/a, A que Edad?								

**H. REVISION DE SISTEMAS**

Constitucional	NINGUNO	Fiebre	Aumento de Peso	Perdida de Peso	Insomnio
Oido,Nariz,Garanta	NINGUNO	Ronquidos	Dificultad tragando	Problemas de Sinusitis	
Dermatologia	NINGUNO	Sarpullido	Cicatrización Excesiva	Formación de Queloides	
Respiratorio	NINGUNO	Asma	Dificultad Respirando	Sibilancias	Tosiendo Sangre
Cardiovascular	NINGUNO	Dolor de Pecho	Dolor de Pecho esfuerzo	Palpitaciones	Ritmo cardíaco irregular
		Alta Precion	Soplo Cardíaco	Latidos rápidos	Dolor en las pantorrillas al caminar
Gastrointestinal	NINGUNO	Nausea	Vomito	Acidez	Dolor Abdominal
Hematologia	NINGUNO	Sudores/noche	Problemas de Sangrado	Transfucion Anterior	Sangrado Prolongado Anemia
Neurologia	NINGUNO	Debilidad	Dificultades de balance	Hormigueo/Dormido	Embolio
		PiernasInquietas	Neuropatía periférica		
Musculoesquelético	NINGUNO	Dolor Huesos	Rigidez Articular	Inflamación de Huesos	Enrojecimiento de Huesos
		Dolor de Espalda	Rigidez de la Espalda	Sciatica	Dolor/Musclos Espasmos
Psicología	NINGUNO	Depresion	Abuso de Substancias	Ataques de Panico	Stress Anciedad

**J. OSTEOPOROSIS: Adultos de 50 años y mayor.**

Ha tenido usted un examen DEXA, para checar si tiene Osteoporosis?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Lo han diagnosticado con Osteoporosis en los ultimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Afirmativo, ¿está tomando medicamentos para tratar su osteoporosis?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha tenido o tiene una fractura?		
Afirmativo, ha recibido medicamento recetado para el Osteoporosis?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha tenido un examen para checar la densidad mineral de su hueso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**K. OSTEOARTRITIS: 21 años y Mayor**

Le han diagnosticado formalmente con Osteoartritis por un professional?  SI  NO

**L. HISTORIAL DE CAIDA: 65 ANOS Y MAYOR**

Ha tenido varias caidas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Paciente regular en nuestra clinica,Se ha caido desde la ultima vez que lo vimos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dos o mas caidas/lesion en ultimo año?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_