



Tyler Britten, MD

Tyler Cooper, MD

Kent Weinheimer, MD

Informacion del Paciente

Nombre Completo: _____ Sufijo(SR, JR, III): _____
Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____
Numero de Telefono: _____ (movil, casa, trabajo)
Numero de Telefono Secundario: _____ (movil, casa, trabajo)
Direccion Postal: _____ Apt: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Estado Civil: _____ Nombre Del Conyuge: _____
Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relacion: _____
Numero de Telefono: _____ (movil, casa, trabajo)

Informacion de la Persona Responsable

(Persona responsable de recibir facturas; si es el paciente, escribir 'yo mismo')

Nombre: _____ Relacion: _____
Fecha de Nacimiento: _____ SSN: _____
Direccion Postal: _____ Apt: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Numero de Telefono: _____ (movil, casa, trabajo)

Information del Seguro

Principal:

Nombre de la Compania de Seguro: _____

Nombre del suscriptor (persona que posee el seguro): _____

Fecha de Nacimiento del suscriptor: _____ SSN del suscriptor: _____

Numero de polizia (ID#, Numero de miembro, etc): _____

Numero de grupo: _____

Secundaria:

Nombre de la Compania de Seguro: _____

Nombre del suscriptor (persona que posee el seguro): _____

Fecha de Nacimiento del suscriptor: _____ SSN del suscriptor: _____

Numero de polizia (ID#, Numero de miembro, etc): _____

Numero de grupo: _____

Informacion adicional que podriamos necesitar saber sobre el seguro:

Al firmar, usted certifica que la informacion proporcionada es verdadera y correcta. La informacion se utilizara para gestionar la cuenta y procesar reclamaciones de seguros.

Firma del paciente / guardiana: _____ Fecha: _____

Dr. Tyler Cooper - Alexa Wingo, PA
 Dr. Tyler Britten - Andrea Britten, PA
 Dr. Kent Weinheimer - Mason Kizziar, NP

Papeleria para Nuevos Pacientes

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: ____ Altura(Pie): ____ (pulg): ____ Cuanto Pesas(libras): ____ Sexo: (rodealo) Masculino o Femenino
 Nombre del Empleador: _____ Funciones del Trabajo: _____
 Razon para visita: I or D (especificar parte del cuerpo y ubicacion del dolor): _____

Desde hace cuanto tiempo esta ocurriendo esto: _____ Fecha de Inicio/lesion: _____
 Nivel de Dolor: _____ (0-10) Dominancia de la mano(rodealo): Derecha / Izquierda / Ambidextra

Describe tus Sistemas:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Doloroso | ☐ Presion | ☐ Hormigueo |
| ☐ Atrapamiento | ☐ Palpitante | ☐ Agudo |
| ☐ Chasquido | ☐ Quemazon | ☐ Punzo |
| ☐ Crujido | ☐ Calambres | ☐ Sensibilidad al Tacto |
| ☐ Bloqueo | ☐ Dolor Sordo | |
| ☐ Estallido | ☐ Electrico | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Moreton | ☐ Irradiacion | |
| ☐ Inestabilidad al Caminar | ☐ Rigidez | |
| ☐ Hinchazon | ☐ Sensacion de ceder | |
| ☐ Renquear | ☐ Debilidad | |

Tiempo de los síntomas: _____ (#) año, mes, semana, dia (rodealo)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Comenzo Hoy | ☐ Ocurre por la mañana | ☐ Ocurre en reposo |
| ☐ Constante | ☐ Ocurre de forma Aleatoria | ☐ Ocurre al soprtar peso |
| ☐ Principalmente por la Noche | ☐ Ocurre con la actividad | |

Que estas usando para tratar tus sintomas?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Aparato ortopedico | ☐ Narcoticos | ☐ Fisioterapia |
| ☐ Modificaion de Actividad/ejercicio | ☐ AINEs(adviil/aleve/meloxicam) | |
| ☐ Inyeccion Articular de Esteroide | ☐ AINEs Topicos | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Inyecciones Viscoarticulares | ☐ Acetaminofen (Tylenol) | |
| ☐ Relajantes Musculares | ☐ Reposo, Hielo, Elevacion | |

Has tenido una radiografia, tomografia computarizada o resonancia magnetica? Si o No

Su es así, indique cuales: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina

SEGUIMIENTO CITA: _____ FECHA DE CIRUGIA: _____

DEPOSITO PARA LA CIRUGIA: SI O NO \$ _____



Historial medico del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico de Atencion Primaria: _____ Medico Referente: _____

Farmacia Preferida: _____

Listar TODAS las Alergias: _____

Listar los Medicamentos Actuales: _____

Historial Personal (rodea lo que corresponda):

Anemia	Diabetes Tipo 1 o Tipo 2	Enfermedad Hepatica
Ansiedad	Enfermedad Cardiaca	Enfermedad Pulmonar
Artritis	Infarto de Miocardio	Trastorno Mental
Asma	Hepatitis	Migranas
Fibrilacion auricular (A-Fib)	Colesterol Alto	Enfermedad Vascular Periferica
Dolor de espalda	Arritmia Cardiaca	Enfermedad Reumatologica:
Coagulo de sangre, TVP, Embolo	Presion Arterial Alta	_____
Cancer:	Hipotension	Estafilococo
_____	VIH / SIDA	Accidente Cerebrovascular
EPOC	Gota	Enfermedad Tiroidea
Depresion	Enfermedad Renal	Ulceras

Vas al Cardologo(rodealo)? Si o No Nombre del Cardologo: _____

Historial Quirurgico (incluir procedimiento y fecha):

Historial Social (rodealo):

Uso de tabaco: Si o No Vape, Cigarillos, Tabaco sin humo Cuanto?: _____

Consumo de Alcohol: Si o No Cuanto?: _____

Uso Recreativo de Drogas: Si o No Cuanto?: _____



Política de cancelación y de no presentación

Para garantizar un acceso oportuno a la atención para todos los pacientes, le solicitamos que avise con al menos 24 horas antes de su cita si necesita cancelar o reprogramar su cita.

Se aplican las siguientes tarifas:

- **Cargo por no presentarse a la cita (paciente nuevo): \$60**
- **Cargo por no asistir a la cita de seguimiento: \$40**
 - El aviso de primera vez es el recordatorio por mensaje de texto.
 - En la segunda ocasión, se debe abonar la tarifa completa.
 - Tres citas perdidas: posible baja de la consulta.

Tenga en cuenta:

- La tarifa por no presentarse a la cita se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y debe abonarse en su próxima visita al consultorio.
- Las tarifas deben abonarse antes de programar citas futuras, a menos que el consultorio autorice lo contrario.
- Como cortesía, es posible que realicemos llamadas o enviemos mensajes de recordatorio. Sin embargo, no recibir un recordatorio no le exime del cumplimiento de esta política.

Reconocimiento del paciente

Confirmando que he leído y comprendo la Política de cancelación y de no presentación. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo aplicable.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Padre/Madre o tutor legal (si corresponde): _____

Relación con la paciente : _____



Política Financiera para Pacientes

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y nuestra consulta, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas políticas, por favor consúltela con nuestro equipo.

Nos dedicamos a brindarle la mejor atención y el mejor servicio posibles, y consideramos que su plena comprensión de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

El pago total debe efectuarse en el momento de recibir el servicio, a menos que su compañía de seguro médico haya realizado acuerdos previos. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, giros postales o tarjetas de crédito (es decir, VISA, Mastercard, Discover y American Express).

Su seguro

- Hemos realizado acuerdos previos con muchas aseguradoras y planes de salud para aceptar la cesión de beneficios. Esto significa que facturaremos a aquellos planes con los que tenemos un acuerdo y solo le solicitaremos que abone el copago autorizado en el momento de recibir el servicio.
- Si su seguro requiere una referencia, es su responsabilidad entregar dicha referencia a nuestra oficina antes de ver al médico. Si no puede proporcionar la referencia antes de la visita, se exigirá el pago total en el momento de la misma.
- Las derivaciones se basan en el diagnóstico. Es decir: si usted fue derivado por dolor en la rodilla izquierda, SOLO podremos atenderlo por ese dolor en la rodilla izquierda hasta que se proporcione una nueva derivación para otra zona problemática.
- Si usted cuenta con un seguro a través de un plan con el que trabajamos, pero no dispone de una tarjeta de seguro actualizada, se requerirá el pago total de cada visita en caso de que no podamos verificar su cobertura. Es responsabilidad suya conocer sus beneficios de seguro. Por favor, comuníquese con su compañía de seguros para cualquier consulta que pueda tener con respecto a su cobertura y beneficios.
- Si usted tiene Medicare Parte B, solo es responsable de su deducible de Medicare y del 20% de los cargos en el momento del servicio.
- En caso de que su plan de salud determine que un servicio «no está cubierto», usted será responsable del cargo total. El pago debe efectuarse al recibir el estado de cuenta de nuestra oficina.

Copagos y deducibles

- Todos los copagos y deducibles deben abonarse en el momento de recibir el servicio. Este acuerdo forma parte de su contrato con su compañía de seguros. El hecho de que nosotros no cobremos los copagos y deducibles a los pacientes puede considerarse fraude. Por favor, ayúdenos a cumplir con la ley abonando su copago en cada visita. Para su comodidad, aceptamos pagos con Visa, Mastercard, Discover, American Express, giros postales, efectivo y cheques. El cargo por un cheque devuelto es de \$25, pagadero en efectivo o mediante giro postal. Este cargo se aplicará a su cuenta además del monto correspondiente a los fondos insuficientes. En caso de que se devuelva algún cheque, es posible que se le exija realizar sus pagos únicamente en efectivo.

Comprobante de seguro

- Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y de su seguro vigente para verificar la cobertura. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted podría ser responsable del saldo pendiente de la reclamación. Si no presenta dichas copias en el momento en que se vayan a prestar los servicios, su cita deberá ser reprogramada.

Cambios en la cobertura

- Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos realizar los cambios correspondientes y ayudarle a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamación en un plazo de 45 días, el saldo se le facturará automáticamente a usted.

Compensación para trabajadores

- Es responsabilidad del paciente proporcionar lo siguiente antes de que se presten los servicios... El incumplimiento de esta política dará lugar a que su cita deba ser reprogramada:
 - o Nombre del ajustador de siniestros y número de teléfono con extensión, si la tiene.
 - o Número de reclamación, fecha de la lesión y estado de la lesión.
 - o Nombre y dirección postal de la aseguradora de compensación para trabajadores para la presentación de reclamaciones.

Falta de pago

- La política de nuestra oficina establece que se envíen estados de cuenta a todas las cuentas vencidas. Si no se efectúa el pago de la cuenta, se realizará una única llamada telefónica para intentar establecer un acuerdo de pago. Si no se logra llegar a una solución, la cuenta será remitida a una agencia de cobranza.

Cuentas de pago directo

- Las cuentas de pago directo corresponden a pacientes que no cuentan con cobertura de seguro, a aquellos cubiertos por planes de seguro en los que nuestro consultorio no participa, o a pacientes que no tienen registrada una tarjeta de seguro en nuestros archivos. No aceptamos cartas de abogados ni pagos bajo condiciones de contingencia. Es siempre responsabilidad del paciente verificar si nuestro consultorio participa en su plan de seguro. En caso de existir alguna discrepancia con la información que poseemos, se considerará al paciente como de pago directo, a menos que se demuestre lo contrario. Por favor, solicite hablar con el Gerente de Facturación para acordar un plan de pagos mutuamente aceptable. Nunca es nuestra intención ocasionar dificultades a nuestros pacientes; nuestro único objetivo es brindarles la mejor atención posible con el menor nivel de estrés.

Menores

- El(los) padre(s) o tutor(es) es(son) responsable(s) del pago total y recibirá(n) los estados de cuenta. Es posible que se requiera una autorización firmada para el tratamiento en el caso de menores no acompañados.

Independientemente de cualquier acuerdo personal que el paciente pueda tener fuera de nuestra consulta, si usted es mayor de 18 años y está recibiendo tratamiento, usted es el responsable final del pago del servicio. Nuestra consulta no facturará a ninguna otra parte particular. Nuestra práctica se compromete a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios reflejan los cargos habituales y acostumbrados en nuestra zona.

Cancelación de la cirugía

- Si necesita cancelar su cirugía, la cual ya ha sido programada, debe hacerlo dentro de las 72 horas previas a la fecha de la cirugía. La falta de notificación a nuestra clínica antes de dicho plazo de 72 horas resultará en el cargo de una tarifa no reembolsable de \$100.00 a su cuenta.

Ausencia

- Las citas perdidas sin previo aviso o canceladas dentro de las 24 horas pueden estar sujetas a un **tarifa de \$40 para pacientes habituales y de \$60 para pacientes nuevos.**

Gracias por comprender nuestra política de pagos. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Atentamente,

Top of Texas Orthopedics, PLLC

Dr. Tyler Cooper
Dr. Tyler Britten
Dr. Kent Weinheimer

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Top of Texas Orthopedics, PLLC
501 Quail Creek Dr.
Amarillo, TX 79124



Desarrollado para el código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(d)
Efectivo Junio 2013

Por favor, lea este formulario completo antes de firmarlo y complete todas las secciones que correspondan a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información protegida de salud. Las entidades cubiertas, según se define este término en HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas §181.001, deben obtener una autorización firmada por el individuo o por el representante legalmente autorizado del individuo para divulgar electrónicamente la información protegida de salud de dicho individuo. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica, realización de ciertas funciones de seguros, o según lo permita la ley. Las entidades cubiertas pueden usar este formulario u otro que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. No se puede negar tratamiento a los individuos por no firmar este formulario de autorización, y negarse a firmarlo no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO:

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

OTRO NOMBRE(S) UTILIZADO:

FECHA DE NACIMIENTO: MES DIA AÑO

DIRECCION:

CIUDAD: ESTADO: CODIGO POSTAL:

TELEFONO: ()

TELEFONO ALTERNATIVO: ()

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO (OPCIONAL):

AUTORIZO A LO SIGUIENTE PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL MOTIVO DE LA DIVULGACION

INDIVIDUO: Top of Texas Orthopedics PLLC, Tyler N Cooper MD PA

Nombre de Persona/Organización: Britten Orthopedics, PLLC, Kent Weinheimer MD PA

Dirección: 501 Quail Creek Dr.

Ciudad: Amarillo Estado: TX Código postal: 79124

Teléfono: (806) 418-2548 Fax: (806) 367-6307

QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

Nombre de Persona/Organización:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono: () Fax: ()

(Elija solo una opción a continuación)

☐ Tratamiento/Atención médica continua

☐ Uso Personal

☐ Facturación y Reclamaciones

☐ Seguro

☐ Fines Legales

☐ Determinación de Discapacidad

☐ Escuela

☐ Empleo

☐ Otro:

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE REVELAR? Complete lo siguiente indicando los elementos que desea que se revelen. La firma de un paciente menor de edad es requerida para la divulgación de algunos de estos elementos. Si se va a liberar toda la información de salud, entonces marque solo la primera casilla.

☐ Toda la información de Salud

☐ Historia/Examen Físico

☐ Medicamentos pasados/presentes

☐ Resultados de Laboratorio

☐ Órdenes del Médico

☐ Alergias del Paciente

☐ Informes de Operaciones

☐ Informes de Consultas

☐ Notas de Progreso

☐ Resumen de Alta

☐ Informes de Pruebas

☐ Diagnósticos Informes de EKG/Cardiología

☐ Informes de Patología

☐ Información de Facturación

☐ Informes de Radiología y Imágenes

☐ Otro:

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)

Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias

Resultados del examen/tratamiento de VIH/SIDA

** No discutimos registros electrónicamente ni en disco

PERÍODO DE VIGENCIA. Esta autorización es válida hasta la ocurrencia de la muerte del individuo; que el individuo alcance la mayoría de edad; que se retire el permiso; o hasta la siguiente fecha específica (opcional): Mes: Día: Año: DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento dando un aviso por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona o nombre de la organización bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD." Entiendo que las acciones previas realizadas en relación con esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas. AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información según lo descrito. Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de la información de salud que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por leyes federales o estatales de privacidad.

*La tarifa se exime cuando se proporciona información directamente a un médico tratante o a un centro de atención médica

FIRMA X Firma del individuo o del representante legalmente autorizado del individuo

FECHA:

Nombre impreso del representante legalmente autorizado (si corresponde): Si es representante, especifique la

relación con la persona: Padre o menor Guardiania Otro: Se requiere la firma de un menor para la divulgación de ciertos tipos de

información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas, alcohol o sustancias, y

tratamiento de salud mental (Véase, por ejemplo, Tex. Fam. Code § 32.003)

FIRMA X

FECHA: