

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AUTORIZACIÓN PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo la administración de tratamiento médico por el Grupo Médico US HealthWorks (USHW), sus afiliados, médicos y empleados. Este tratamiento puede incluir cualquier examen médico, prueba o procedimiento médico necesario ordenado por los médicos para ser cumplidos por los empleados de USHW. Entiendo que puedo rehusar al tratamiento en cualquier momento. Si vengo por un exámen de drogas no regulatorio, autorizo a USHW a obtener una muestra de mi orina, sangre, saliva, aliento, pelo o cualquier otra muestra para determinar la presencia de drogas y/o alcohol. Entiendo que ciertos exámenes médicos (tales como exámenes de condición física, escolares y para deportes), y otros servicios no tienen el fin de diagnosticar o sustituir el tratamiento de mi médico personal o privado.

ACEPTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He leído, a se me ha dado la oportunidad de leer el **Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de US HealthWorks**. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ellas y he recibido respuestas satisfactorias. Puedo solicitar una copia o ver la versión electrónica en www.ushealthworks.com.

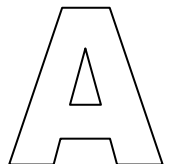
ACUERDO DE ASIGNACION DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- Si estoy siendo tratado como un paciente de urgencia por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, y tengo seguro medico, asigno todo pago a USHW de acuerdo a los términos aplicables de mis pólizas de seguro médico.
- Si estoy siendo tratado como un paciente de urgencia por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, y **no** tengo seguro médico, entiendo que soy responsable por el pago de servicios. Tengo el derecho de solicitar el costo de los servicios antes de someterme al tratamiento.
- Si estoy siendo tratado por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, USHW obtendrá pago de la entidad responsable, la cual típicamente es el empleador a su aseguradora de compensación al trabajador. Los pacientes pudieran ser responsables por el pago solo en caso de estar permitido por leyes estatales o federales.
- Si estoy recibiendo servicios requeridos por el empleador, tales como pruebas de drogas, exámenes físicos, vigilancia médica, etc., USHW obtendrá pago por el empleador. Los pacientes pudieran ser responsables por el pago solo en caso de estar permitido por leyes estatales o federales.
- Si soy responsable por el pago de servicios y my cuenta es pasada a una agencia de cobranzas, entiendo que podría tener que pagar gastos por cobranzas incurridos por USHW.

FIRMA

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____



PRIVATE PATIENT INFORMATION

PATIENT INFORMATION: (Información del Paciente)

Date (Fecha): _____

Name (Nombre): Last (Apellido): _____ First (Nombre): _____

Current Address (Dirección): _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (C. Postal) _____

Phone (No teléfono en casa): () _____ Work Phone (No teléfono en trabajo): _____

Date of Birth (Fecha Nacimiento): _____ Cell (Celular): () _____ SS: _____ Sex(o): _____

Emergency Contact (En caso de emergencia) Name (Nombre): _____ Tel: (_____) _____

Marital Status (Estado Marital): Single (Soltero) Married (Casado) Other (Otro): _____

Employment: Employed (Empleado) Student (Estudiante): FT (Tiempo completo) PT (Tiempo Parcial) Other (Otro): _____

E-mail Address (Correo electrónico): _____ Occupation (Ocupación): _____

Employer (Empleador) Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (C. Postal) _____

Have you ever been treated at US HealthWorks before? (Ha sido tratado alguna vez en US HealthWorks?) Yes (Sí) No

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION: (Información de la persona responsable)

Check here if responsible party is also the patient. If so, continue in the next section.

(Si la persona responsable es también el paciente, marque la casilla y continúe en la sección siguiente)

Name (Nombre): Last (Apellido): _____ First (Nombre): _____ Sex(o): _____

Current Address (Dirección): _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (C. Postal) _____

Home Phone (No teléfono en casa): () _____ Work Phone (No teléfono en trabajo): () _____

Date of Birth (Fecha Nacimiento): _____ Cell (Celular): () _____ SS: _____

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS (Por favor conteste las siguientes preguntas):

Is this visit for a new illness or condition? (¿Se debe esta visita a una nueva enfermedad o condición?) Yes (Sí) No

Illness Date (Fecha de enfermedad): _____ Similar Illness Date (Fecha con enfermedad similar): _____

Referring Physician (Médico que Refiere): _____ Patient Insured? (¿Paciente Asegurado?) Yes (Sí) No

Bill Employer? (¿Para cobrarle al empleador?) Yes (Sí) No

Do you have, or are you eligible for Medicare part A or B? (¿Tiene o es elegible para Medicare A o B?) Yes (Sí) No

INSURANCE INFORMATION (Información de su compañía de seguros)

Subscriber Name (Suscriptor): Last (Apellido): _____ First (Nombre): _____

Cell (Celular): () _____

Current Address (Dirección): _____ City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (C. Postal) _____

Home Phone (Teléfono en casa): () _____ SS: _____ Date of Birth (Fecha Nacimiento): _____

Relationship to Insured (Relación con asegurado): Patient (Paciente) Spouse (Cónyuge) Child (Hijo(a)) Other (Otra): _____

Patient Signature: _____

By signing above I consent to have U.S. HealthWorks contact me by automated phone call and/or text message about future appointments at the number(s) I have provided. I understand I do not need to give this consent to receive treatment.

TO BETTER ASSESS YOUR HEALTH AND ITS IMPACT IN THE RESOLUTION OF YOUR CONDITION, ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS. CIRCLE ANY SPECIFIC ITEMS IN EACH SECTION THAT APPLY TO YOU AND EXPLAIN ANY YES ANSWERS IN THE SPACE AT THE BOTTOM OF THE PAGE.

PARA EVALUAR MEJOR SU SALUD Y EL EFECTO EN LA RESOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. MARQUE CON UN CÍRCULO CUALQUIER CONDICIÓN EN CADA SECCIÓN QUE APLIQUE EN SU CASO Y EXPLIQUE EN LA PARTE BAJA DE LA PAGINA CUANDO SU RESPUESTA SEA "SI".

PAST MEDICAL, FAMILY AND SOCIAL HISTORY			ANTECEDENTES MÉDICOS, FAMILIARES Y SOCIALES				
1	No	Yes/Si	Have you ever had any medical allergies? <i>¿Alguna vez ha sufrido de alergias médicas?</i>	5	No	Yes/Si	Currently on any medications? If YES, list medications and dosage below. <i>¿Toma alguna medicina? Si responde SI, liste las medicinas y dosis abajo.</i>
2	No	Yes/Si	Have you ever had recurrent illnesses or major injuries? <i>¿Ha sufrido de enfermedades/ lesiones importantes?</i>	6	No	Yes/Si	Have you ever had hospitalizations or surgeries? <i>¿Alguna vez ha tenido hospitalizaciones u operaciones?:</i>
3	No	Yes/Si	Do you currently have a chronic illness such as: • High blood pressure, heart disease, stroke • Diabetes, thyroid disease, liver disease, kidney disease • Mental illness, seizures or movement disorders? <i>¿Sufre usted de alguna enfermedad crónica como:</i> • Presión alta, enfermedades del corazón, trombosis, • Diabetes, enfermedades de la tiroides, hígado o riñones, • Enfermedades mentales, convulsiones o movimientos involuntarios?	7	No	Yes/Si	Have any direct relatives suffered from: blood diseases, cancer, leukemia, diabetes, heart disease, high blood pressure, strokes, mental illnesses or other? <i>¿Han sufrido sus familiares directos de alguna enfermedad como: presión alta, diabetes, enfermedades del corazón, ataques, convulsiones, enfermedades del hígado o riñones, o enfermedades mentales?</i>
4	No	Yes/Si	Do you use tobacco? If 'Yes' state type and quantity per day. <i>¿Usa usted tabaco? ¿Indique tipo y cuánto por día?</i>		No	Yes/Si	Do you consume alcohol? If YES, state type and quantity. <i>¿Consumo bebidas alcohólicas? Si responde SI, indique tipo y cantidad.</i>
REVIEW OF SYSTEMS / REVISIÓN DE SISTEMAS				REVISIÓN DE SISTEMAS			
Circle any items that apply in each section and explain further below.				Marque con un círculo cualquier condición que aplique a su caso en cada sección y explique abajo.			
HAVE YOU RECENTLY EXPERIENCED ANY OF THE FOLLOWING?				¿HA PRESENTADO USTED RECIENTEMENTE ALGUNOS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?			
9	No	Yes/Si	CONSTITUTIONAL Fever, chills, fatigue, body aches or weight gain or loss? <i>¿Fiebre, escalofríos, fatiga dolor en el cuerpo o cambios significativos de peso?</i>		No	Yes/Si	SKIN Cancer, tumors, cysts or other? <i>¿Cáncer, tumores, quistes u otros problemas?</i>
10	No	Yes/Si	HEAD Trauma, injuries, or frequent or severe headaches? <i>¿Golpes, lesiones o dolores de cabeza?</i>	17	No	Yes/Si	EYES Trauma, injuries, Infections, burning, itching or light sensitivity? <i>¿Trauma, lesiones, infecciones, picazón, quemazón o sensibilidad a la luz?</i>
11	No	Yes/Si	CARDIOVASCULAR Palpitations, shortness of breath, chest pain/pressure, swelling in legs/feet? <i>¿Palpitaciones, dificultad para respirar, presión en el pecho, hinchazón de las piernas o pies?</i>	18	No	Yes/Si	GENITOURINARY Blood in urine, painful/frequent urination, kidney stones, venereal diseases? <i>¿Orina con sangre o dolor, orina frecuente, cálculos de riñón, enfermedades venéreas?</i>
12	No	Yes/Si	EARS, NOSE, THROAT Ear pain, trouble hearing, sore throat or pain swallowing, sinus pain or disease, nasal allergies? <i>¿Dolor de oídos, sordera, dolor de garganta, sinusitis, alergias nasales?</i>		No	Yes/Si	MUSCULOSKELETAL Joint pain, neck or back pain, broken bones? <i>¿Dolor en las articulaciones, dolor en la espalda o el cuello, fracturas?</i>
13	No	Yes/Si	RESPIRATORY Asthma, wheezing, emphysema, bronchitis, tuberculosis or coughing of blood? <i>¿Asma, silbidos al respirar, enfisema, bronquitis, tuberculosis, tos con sangre?</i>		No	Yes/Si	NEUROLOGICAL Dizziness, muscle weakness, numbness? <i>¿Mareos o vértigo, debilidad muscular, falta de sensación?</i>
14	No	Yes/Si	GASTROINTESTINAL Abdominal pain, indigestion or reflux, nausea or vomiting, blood in vomit or stool, constipation, diarrhea, ulcers, diverticulitis? <i>¿Dolor abdominal, indigestión o reflujo, náusea o vómitos, vómitos o heces con sangre, constipación, diarrea, úlceras digestivas, diverticulitis?</i>	21	No	Yes/Si	ENDOCRINE Thirst, increased urination, hair loss, thyroid disease, osteoporosis? <i>¿Sed, aumento de la orina, pérdida notable del cabello, problemas de tiroides, osteoporosis?</i>
15	No	Yes/Si	BLOOD DISORDERS, CANCER Anemia, spontaneous or easy bleeding, bruising, cancer? <i>¿Anemia, moretones o cardenales, sangramiento, cáncer?</i>		No	Yes/Si	FORMEN ONLY Penile discharge, prostate problems, genital pain or masses? <i>¿Secreciones en el pene, problemas de próstata, dolor o masas genitales?</i>
23	No	Yes/Si	FOR WOMEN ONLY Painful or irregular menstruation, vaginal discharge or pain? Are you pregnant?	23	No	Yes/Si	PARA MUJERES SOLAMENTE <i>¿Menstruación o periodos dolorosos o irregulares, secreciones o dolor vaginal? Esta Usted Embarazada</i>

PLEASE WRITE THE NUMBER OF ANY "YES" ANSWERS ABOVE AND EXPLAIN EACH ONE OF THEM HERE.
Por favor, escriba aquí el número de las preguntas en las cuáles haya contestado que Sí y explíquelas a continuación.

PROVIDER COMMENTS

I certify that the information provided above is correct. (Certifico que la información suministrada es correcta.)

- Relevant history was discussed with patient.
- Advised to follow up with personal physician.

Patient Signature (Firma del Paciente): _____ Date (Fecha): _____

Provider Signature: _____

IF ID LABELS ARE USED, AFFIX HERE AND DO NOT COVER ANY OF THE TEXT ABOVE.

UC HEALTH HISTORY