

Sports Medicine Associates of South Florida P.A.

- Alfred A. DeSimone, M.D., Orthopaedic Surgeon
- Fernando A. Moya, M.D., Orthopaedic Surgeon
- Alexander J. Bertot, M.D., Orthopaedic Surgeon
- David Shenassa, M.D., Hand Surgeon
- Franz Jones, D.O., Physiatrist

- 1600 Town Center Blvd. Weston, FL 33326 (954) 389-5900
- 17842 N.W. 2nd St., Pembroke Pines, FL 33029 (954) 430-9901
- 220 S.W. 84 Avenue, Plantation, FL 33324 (954) 720-1530

Informacion del Paciente

Por Favor Escriba

Fecha _____

Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Estado Civil _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Estado Civil _____

Telefono _____ Celular _____ Correo Electronico _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ No. de Seguro Social _____

No. de Licencia de Conducir _____

Raza _____ Etnicidad _____ Idioma _____

If patient is a minor – please complete:

Father's Name _____ Phone _____

Mother's Name _____ Phone _____

Please list the name of a person to contact in case of emergency:

Name _____ Relationship _____ Phone _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Compania _____ Telefono _____

Nombre Completo del Asegurado _____ Fecha de Nacimineto del Ase _____

No. de ID _____ No. del Grupo _____

Relacion al Asegurado (uno mismo, esposo/a, hijo/a, otro) _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Compania _____ Telefono _____

Nombre Completo del Asegurado _____ Fecha de Nacimineto del Asegurado _____

No. de ID _____ No. del Grupo _____

Relacion al Asegurado (uno mismo, esposo/a, hijo/a, otro) _____

FOR MOTOR VEHICLE ACCIDENTS ONLY (Related to this visit)

Fecha de Accidente _____ Describir las _____

Compania de Seguro _____ Telefono _____

Numero de Reclamo _____ Adjustador _____

Tiene un abagado para este caso No Si

Si tiene, Nombre _____ Phone _____

Fax: _____

FOR WORKER'S COMPENSATION ONLY (Related to this visit)

Date of Accident _____ Describe Injuries _____

Insurance Carrier _____ Phone _____

Adjuster _____ Phone _____

Case Manager _____ Phone _____

Do you have an attorney No Yes Fax _____

If Yes, Name _____ Phone _____

FOR WORKER'S COMPENSATION INJURIES ONLY. You must report your injury to your employer and they must then report it to their insurance carrier. If we do not receive worker's compensation forms to fill out within 60 days, you will be billed and held responsible for payment.

Patient or Minor's Legal Guardian's Signature _____ Date _____

Historial Clinica

Médico Primario _____ Telefono _____ Fecha del último examen _____
 Describir la condición que te trajo a esta oficina _____

Ha tenido atención previa para esta condición Si No Dr. _____ Fecha _____

Quiénes podemos agradecer por la referencia a nuestros

Paciente _____

Médico _____ Otros _____

Medical: (Por favor marque cualquiera de los siguientes si se refiere a usted):

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertension Arterial |
| <input type="checkbox"/> Angina de Pecho | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal | <input type="checkbox"/> Thyroid Trastorno | <input type="checkbox"/> Angioplastia | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Problema de rinon | <input type="checkbox"/> Sangrado Trastorno | <input type="checkbox"/> Stroke/TIA's | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Cirrosis |
| <input type="checkbox"/> Valvula Mitral Prolapso | <input type="checkbox"/> Circlacion Trastorno | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Virus de inmunodeficiencia Humana (HIV) | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | | |

Allergies:

- Ninguno Penicilina Aspirina Codeina Latex Yodo Cinta

Other: _____

Medicamentos: (Incluya medicamentos recetados y sin receta) Ninguno

Medicacion Actual	Dosis	Frecuencia

Lista de Cirugias anteriores Ninguno

Tipo de Cirugia	Fecha

Hospitalizaciones y Cirugias Previas:

Historia de la Familia Diabetes Presion arterial alta Tendencias de sangrado Otros _____

Historia Social: Fumar Alcohol Drogas recreativas

Usted sufre actualmente o en el pasado de algunos de los siguientes:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello (nuca), dolor cervical | <input type="checkbox"/> Dolor en la parte baja de la espalda (lumber or en ciatica) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de hombro (bursitis o tendinitis) | <input type="checkbox"/> Inestabilidad de los hombro (rasgon labral) (dislocacion) |
| <input type="checkbox"/> Rasgon del hombro (punto rotor) | <input type="checkbox"/> Bursitis (shoulder, elbow, hip or knee) |
| <input type="checkbox"/> Codo de tenista/ Codo de golfista | <input type="checkbox"/> Dolor cronico de la muneca |
| <input type="checkbox"/> Sindrome de tunel carpal | <input type="checkbox"/> Dedo de gatillo (se encojen o se traban los dedos) |
| <input type="checkbox"/> Artritis de la rodilla o cadera | <input type="checkbox"/> Dolor o hinchazon de la rodilla |
| <input type="checkbox"/> Inestabilidad o flacidez de la rodilla | <input type="checkbox"/> Knee cap (patella) instability (subluxation) |

Sports Medicine Associates of South Florida P.A.

- Alfred A. DeSimone, M.D., Orthopaedic Surgeon
 - Fernando A. Moya, M.D., Orthopaedic Surgeon
 - Alexander J. Bertot, M.D., Orthopaedic Surgeon
 - David Shenassa, M.D., Hand Surgeon
 - Franz Jones, D.O., Physiatrist
- 1600 Town Center Blvd, Weston, FL 33326 (954)389-5900
 - 17842 N.W. 2nd St. Pembroke Pines, FL 33029 (954) 430-9901
 - 220 S.W. 84 Avenue Ste.102 Plantation, FL 33324 (954) 720-1530

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Yo _____ hacer por este medio irrevocablemente asignar que el anterior nombrado médico, derechos ni beneficios de mi póliza de seguros with _____ para cualquiera de los servicios y gastos proporcionados por el llamado proveedor de servicios médico. En virtud de esta cesión de beneficios, están dirigidos por este medio para enviar por correo cheques todas directamente y exclusivamente a nombre de: medicina deportiva asociados del sur de la Florida, P.A. en la dirección indicada en el formulario HCFA-1500A en casilla 33. Como parte de esta asignación de beneficios, por este medio instruir a la compañía de seguros que en el evento de las prestaciones médicas se disputan por cualquier razón, incluyendo la racionalidad médica y / o necesidad, que la cuantía de las prestaciones reclamadas por _____, debe ser reservado y no desembolsados hasta que se resuelva la disputa. En testimonio por lo cual los abajo firmantes firmo configuró sus manos, el día _____ de _____, 20_____.

Nombre del Paciente (imprima el nombre)

Firma del Paciente

Sports Medicine Associates of South Florida, P.A.
Polisa de la Compania

Aviso de Practicas de Privacidad (HIPPA)

_____ Reconozco que he recibido una copia de Sports Medicine Associates de Sur Florida aviso de prácticas de privacidad

Liberacion de Informacion Medica

_____ Autorizo al médico de SMASF cualquier información incluyendo la diagnosis adquiridos en el curso de mi examen a cualquier centros de salud, médicos, compañías de seguros o agencias de cobro.

Asignacion de Beneficios

_____ Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a SMASF las prestaciones médicas lo contrario a pagar a mí por sus servicios, pero no exceder las cargas de los servicios. Entiendo que soy totalmente responsable de servicios siempre que no están cubiertos por mi seguro. Irrevocable por la presente asigno a SMASF beneficios bajo cualquier póliza de seguro, acuerdo de indemnización o de cualquier otra fuente colateral tal como se define en los estatutos de la Florida para cualquier servicio y cargos siempre por SMASF.

Comunicacion

_____ El personal de SMASF está autorizado a llamarme a estos números. Estoy de acuerdo en recibir correos electrónicos y textos a los números que aparecen en el archivo y entender que seré sujeto a la tarifas de mi plan celular de mensajería. Si no estoy disponible se les permite dejar un mensaje con quien responde o una respuesta de la máquina / correo de voz.

Paciente Responsabilidad Financiera

_____ Como una cortesía a nuestros pacientes, SMASF verifica seguros por adelantado. Sin embargo, es en última instancia la responsabilidad del paciente a ser consciente de todos los copagos, seguros Co y deducibles; Cualquier cotización de paciente responsabilidad por SMASF es una estimación y pueden no reflejar la cantidad real debido al paciente por los servicios prestados. Cualquier cantidad adicional debido se le cobrará al paciente sobre el recibo de la EOB de la compañía de seguros. Estas cantidades son solamente la responsabilidad del paciente, independientemente de cualquier cotización previamente proporcionado por SMASF. Es política de esta oficina a recoger todos los copagos, deducibles y co- seguro indicado como la responsabilidad del paciente por su compañía de seguros. No podemos renunciar o reducir la responsabilidad de cualquier paciente según nuestro contrato con su compañía de seguros. Es política de esta práctica a cargo de un \$35.00 sin mostrar cualquier citas perdidas y no.

Consentimiento para Tratamiento

_____ Me consiente y autoriza a un médico y un profesional médico o de medicina deportiva asociados del sur de la Florida, PA llevar a cabo un examen físico, procedimientos, procedimiento de diagnóstico y prescribir un régimen terapéutico. Reconozco permiso implícito para SMASF importar mi historial de prescripción de la medicación / base de datos de farmacia en mi cuenta cuando una cita se hizo en mi nombre.

Solicitud de Record Medico

_____ Las solicitudes de registro médicas deben hacerse por adelantado. Por favor comuníquese con ShareCare en 866-602-5677 o pedir un formulario de solicitud en la oficina de.

Copias de Rayos X

_____ Solicitud de copias de CD de rayos x necesitan ser hecho y pagado por adelantado. Tendrá aproximadamente un 1 día para las copias. Hay una cuota de \$15.00 por CD de x-ray que tendrá que ser recogidos antes de hacer copias. No hacemos copias a menos que se les paga por adelantado.

Medicina deportiva asociados del sur de la Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo o cualquier otra clase protegida.

Liberacion de Registros

Por mi firma abajo, autorizo la publicación de los resultados de mi diagnóstico proyección de imagen, registros médicos, registros de hospital, consultas, trabajo de laboratorio o cualquier otra información médica pertinente de cualquier médico, hospital, empresa de seguro o abogado sobre el recibo de una copia de este formulario para medicina deportiva asociados del sur de la Florida.

_____ Nombre (Imprima)

_____ Firma

_____ Fecha

_____ Fecha de Nacimiento