

ATLAS

ORTHOPAEDICS

total orthopaedic care

Duncan Wells, M.D., P.C. 970 Woodstock Pkwy. Suite 310 Woodstock, GA 30188 770-517-2257 Fax 1-877-447-4190

Forma de Registro del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo: H / M N.S.S. _____ - _____ - _____ Circule uno: Casado / Soltero / Divorciado / Viudo

Dirección: _____

Casa #: (_____) _____ (Calle) Trabajo #: (_____) _____ (Ciudad, Estado, Código Postal) Celular #: (_____) _____ - _____

Es su visita debido a un accidente en el trabajo? Si _____ No _____

Nombre de la compañía: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Usted tiene un abogado? Si _____ No _____

Nombre del abogado: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Dirección: _____

Contacto en caso de emergencia?

Nombre: _____ Relación: _____

Casa #: (_____) _____ - _____ Trabajo #: (_____) _____ - _____ Celular #: (_____) _____ - _____

____ 1. Paciente con seguro

Usted es responsable de su deducible, co-pago, servicios no cubiertos por el seguro, co-seguro, y artículos considerados "no necesarios medicament" por su compañía de seguro. Por favor pague co-pagos y co-seguro el día de su visita. Cualquier balance que tenga debe ser pagado en un (1) mes de su notificación por su seguro. Si usted o su seguro hace pagos excediendo su balance, usted será reembolsado. Si un pago no puede hacerse durante cada visita, notifique al personal de chequeo para hacer otros arreglos de pago.

____ 2. Paciente con seguro de compensación al trabajador

Como paciente con compensación al trabajador usted puede estar cubierto por su seguro si usted reporta su accidente en el trabajo y es verificado por su empleador. Asegurese de informar al personal de chequeo que su accidente fue resultado de su trabajo. El paciente es últimamente responsable por su balance.

Yo he leído y concuerdo con la póliza financiera que se aplica a mi escrita en la porción de arriba.

X _____ Fecha: _____
(Paciente o persona responsable)

X _____
(Persona firmando por el paciente) (Motivo por el cual el paciente no puede firmar)

paciente Dirección No. de Teléfono Relación al

ATLAS

ORTHOPAEDICS

total orthopaedic care

Duncan Wells, M.D., P.C. 970 Woodstock Pkwy. Suite 310 Woodstock, GA 30188 770-517-2257 Fax 1-877-447-4190

Historia Medica Del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Occupacion: _____ Edad: _____

Queja/Problema: _____

Es su queja / problema debido a un accidente? No De Trabajo Si or No Fecha: _____

Si la resputesta es "si" pr favor describa como y cuando empezo el problema:

Es el problema debido a un accidente de trabajo? _____ Si or No

Derscriba el accidente de trabajo: _____

Describe el tratamiento que ha recibido: _____

Medicinas que esta tomando: _____

Allergias: _____

Problemas medicos (pasados y presentes): _____

Cirugias y fechas de las operaciones: _____

Fuma? _____ Cuantos paquete diarios? _____

Toma? _____ Cuantos tragos diarios? _____

Es zurdo o derecho? _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____

Historia clínica:

Compruebe si ha tenido alguno de estos **Problemas médicos** En el pasado:

Las principales enfermedades	SÍ	NO HAY	Las principales enfermedades	SÍ	NO HAY
La anemia			Enfermedad hepática		
Artritis			Enfermedad renal		
En el caso de arritmias del corazón / palpitaciones			La pérdida de la visión		
El asma			Prolapso de la válvula mitral		
Los problemas de sangrado			Neuropatía		
Los coágulos de sangre			Parálisis		
Tipo de cáncer: _____			Enfermedad Vascular Periférica		
Dolor de pecho / angina			Neumonía		
La diabetes			Enfermedad psiquiátrica		
Las enfermedades de la Vesícula Biliar			Embolia pulmonar		
Las úlceras gástricas			El reflujo		
Glaucoma			Úlcera de la piel/avería		
Ataque al corazón			Uso Steriod		
Insuficiencia cardíaca			Trazo		
Soplo cardíaco			Enfermedad de la tiroides		
La hepatitis B			La tuberculosis-TB		
Hepatitis C			Las infecciones urinarias		
Presión sanguínea alta			Los trastornos valvulares (corazón)		
El VIH/SIDA			Problemas de cicatrización de la herida		
Deficiencia inmune			Otra: _____		

Enumere cualquier **Operaciones / cirugías** Usted ha tenido:

Cirugía/motivo	Año	Cirugía/motivo	Año
1)		5)	
2)		6)	
3)		7)	
4)		8)	

Haga una lista de los medicamentos que usted está tomando actualmente:

Los medicamentos y la dosis		Los medicamentos y la dosis	
1)		6)	
2)		7)	
3)		8)	
4)		9)	
5)		10)	

¿usted tiene cualquier alergia a medicamentos o sustancias? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación:

Las alergias		Las alergias	
1)		5)	
2)		6)	
3)		7)	
4)		8)	

ATLAS ORTHOPAEDICS

Duncan Wells, M.D., P.C.

970 Woodstock Pkwy. Suite 310 Woodstock, GA 30188 770-517-2257 Fax 1-877-447-4190

ATLAS

ORTHOPAEDICS

total orthopaedic care

Duncan Wells, M.D., P.C. 970 Woodstock Pkwy. Suite 310 Woodstock, GA 30188 770-517-2257 Fax 1-877-447-4190

Todos los servicios profesionales se cargan al paciente. Se completará los formularios necesarios para ayudar a agilizar los pagos de su compañía de seguros. Sin embargo, el paciente es responsable de todos los cargos independientemente de la cobertura de seguro. Honorarios son pagaderos en el momento del examen. Si paciente no paga según lo convenido sobre el paciente será responsable de todos los costos y gastos de Atlas Ortopedia incurridos incluyendo todos los cargos financieros, los honorarios de abogado y costos de la corte. Entiendo que en caso de no realizar el pago a mi cuenta, será entregado a las colecciones y una colección de 40% se cobra así como de cualquier interés adicional por la Agencia de colección. Este equilibrio es la responsabilidad del paciente.

Solicito hacer pago de las prestaciones de la compañía de seguros autorizada en mi nombre a Dr Duncan Wells,

M.D. por cualquier servicio me fue proporcionada por esa práctica. Autorizo a cualquier sostenedor de la información médica acerca de mí para liberar a la financiación administración y sus agentes de salud cualquier información necesaria para determinar estos beneficios. Entiendo que mi firma pide pago a Atlas Ortopedia y autoriza liberación de información médica para pagar cualquier reclamación. En Medicare o en otros casos las compañías de seguros asignada, la práctica se compromete a aceptar los cargos de dicha compañía de seguros como la carga completa y el paciente es responsable de sólo el deducible, copagos, coseguros y servicios no cubiertos. Una copia de esta autorización será válida como la original.

HIPPA (Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996): Si desea recibir una copia de HIPPA consulte recepcionista. Se trata de reconocer que he leído y recibido una copia de las prácticas de privacidad.

Autorizo a Atlas de ortopedia, Dr. Wells y su staff para divulgar información médica a o hablar con las personas siguientes en lo que respecta a mi cuenta o condiciones médicas:

de Namede persona autorizada _____ Número _____

Autorizo a Atlas de ortopedia, Dr. Wells y su equipo para dejar un mensaje de voz, texto o enviar un correo electrónico para recordatorios de citas:

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

ATLAS

ORTHOPAEDICS

total orthopaedic care

Duncan Wells, M.D., P.C. 970 Woodstock Pkwy. Suite 310 Woodstock, GA 30188 770-517-2257 Fax 1-877-447-4190

PACIENTE NO MUESTRAN Y COPAGO DE POLÍTICA

- “No shows” y cancelaciones con menos de 24 hrs. De aviso son un problema serio para las practicas medicas
- Nos gusta dedicar tiempos a nuestros pacientes y a los médicos el tiempo es especialmente asignada para el cuidado de cada paciente

Comprendemos que las cosas a veces vienen y que las citas son a veces olvidados, por lo tanto, no cobramos por el primer “No Show” especialmente si un paciente llama antes de su hora de la cita. **A todos los “No Show”, Habra un cargo de \$20.00 de no show para cualquier citas perdidas Tambien Habra un cargo de \$200.00. Si la cirugía cita cancelada con menos de anticipacion.**

Para cancelar una cita, llame al 770-517-2257. Nuestro personal administrative programara sus citas de seguimiento. Citas en el mismo día solo se planificara con caracter de emergencia.

Los pacientes que llegaban a tiempo será visto por delante de los que llegan tarde. Si llega más de 15 minutos tarde, quizá tengamos que volver a programar su cita. Llame con anticipacion si va a llegar tarde. Le avisaremos si seremos capaces de ver a usted o si usted va a necesitar reprogramar. Para evitar retrasos, POR FAVOR SIEMPRE LLEGUE A TIEMPO PARA LAS CITAS.

Los pacientes serán vistos por el problema o lesión discutido en su cita. Si un paciente tiene multiples problemas que no son discutidos en el momento de la cita, puede que necesitemos planificar más tiempo u organizar otra cita para estas cuestiones. Indique que temas le gustaría discutir al programar citas.

Copago cita es necesario en el momento del servicio. Si usted es incapaz de hacer el copago en el momento de su, Habra un **\$15.00 tarifa de facturacion administrative que se encargara ademas de su copago.**

Aceptamos VISA, MC, DISCOVER, American Express, cheques y efectivo. Si pago en efectivo, por favor asegúrese que usted tiene la cantidad correcta, no tenemos cambio en la oficina. Por favor, asegúrese de que se le da un recibo al pagar con efectivo.

Si usted tiene cualquier pregunta en referencia a estas reglas o preguntas en general acerca de nuestra práctica, no dude en contactar con nosotros en 770-517-2257. También puede comunicarse con nuestro Gerente de la oficina Misty Kennedy, atlasortho@bellsouth.net. Agradecemos su confianza en nuestra práctica.

Firma X _____ Fecha: _____

ATLAS

ORTHOPAEDICS

total orthopaedic care

Duncan Wells, M.D., P.C. 970 Woodstock Pkwy. Suite 310 Woodstock, GA 30188 770-517-2257 Fax 1-877-447-4190

POLIZA DE MEDICAMENTO PARA EL DOLOR Y LLAMADAS PARA PRESCRIPCIONES

- 1.) Yo estoy de acuerdo en esperar 48 horas para que llamen las prescripciones.
- 2.) Yo comprendo que las llamadas para llenar prescripciones que se hagan después de las 2:00p.m. no serán recibidas hasta el próximo día laborable.
- 3.) Yo comprendo que visitas de seguimiento al doctor pueden ser requeridas para poder recibir las prescripciones.
- 4.) Yo estoy de acuerdo en tomar las prescripciones exactamente como han sido prescritas. Yo **NO** estoy permitido a cambiar las dosis o alterar la hora en la que debo de tomar las prescripciones sin antes hablar con el doctor.
- 5.) Las prescripciones **NO** serán llamadas a la farmacia después que la oficina haya cerrado o durante los fines de semana.
- 6.) La atención médica a los pacientes puede ser terminada sin notificación previa por no querer cumplir con las indicaciones e instrucciones de sus prescripciones.
- 7.) Atlas Ortopédico **NO** llenara prescripciones que se hayan perdido o extraviado
- 8.) Debo de mantener todas las citas de seguimiento como ha sido recomendado.
- 9.) No combinare ningún narcótico con el consume de alcohol
- 10.) Solamente una farmacia podrá ser utilizada para llamar las prescripciones. Mi numero de farmacia es () - . **Debe de notificarnos si cambia de farmacia.**

Yo he leído y comprendido y estoy de acuerdo con las pólizas mencionadas arriba. Yo comprendo que si no firmo este documento, mi doctor puede rehusarse a prescribirme medicamentos.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____