

REGISTRO DEL PACIENTE

CUENTA # _____

APELLIDO: _____ MEDICO PRIMARIO: _____

NOMBRE: _____ MEDICO QUE LO REFIRIO: _____

DIRECCION: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

APT# _____ SEXO: _____ MASCULINO _____ FEMENINO

CIUDAD: _____ ESTADO MARITAL: __D_C_S_V__

ESTADO: _____ AREA POSTAL: _____ # DE SEGURO SOCIAL : _____

TELEFONO DE CASA #: _____ CELULAR #: _____

TELEFONO TRABAJO#: _____ EXT: _____

EMPLEO: TIEMPO COMPLETO/ MEDIO TIEMPO/ESTUDIANTE/MILITAR ACTIVO/MILITAR INACTIVO

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ POSICION: _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR: _____

CONTACTO Y TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

RELACION: _____ DIRECCION: _____

TELEFONO #: _____

COMPANIA DE SEGURO: _____ DIRECCION: _____

NOMBRE PRIMARIO EN LA POLIZA DE SEGURO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACION (ESPOSO, PADRES, OTRO) : _____

CORREO ELECTRONICO: _____

RAZA: HISPANIC/LATINO /OTRA _____

FARMACIA : _____ TELEFONO DE FARMACIA #: _____ CIUDAD: _____

DEJAR UN MENSAJE: _____ CASA _____ CELL _____ TRABAJO

____ MENSAJE DE VOZ _____ TEXT _____ AM _____ PM IDIOMA PREFERIDO : _____ INGLES _____ ESPANOL

RAZON POR SU VISITA _____ DERECHO _____ IZQUIERDO

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

ACCIDENTE DEL AUTO: _____ OTRO TIPO DEL ACCIDENTE: _____ ACCIDENTE DEL TRABAJO: _____ OTRA RAZON: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS:

_____ MG _____ COMO LA TOMA _____
_____ MG _____ COMO LA TOMA _____
_____ MG _____ COMO LA TOMA _____
_____ MG _____ COMO LA TOMA _____
_____ MG _____ COMO LA TOMA _____
_____ MG _____ COMO LA TOMA _____

HISTORIA MEDICA:

ES ALERGICO A QUE MEDICINAS: _____

HISTORIAL DE CIRUGIAS : (Ejemplo) hipertensión arterial, diabetes, etc

FECHA: _____ Procedimiento : _____

FECHA: _____ Procedimiento : _____

FECHA: _____ Procedimiento : _____

Hospitalización: (ASMA/CUAGULO DE SANGRE/LATIDOS IREGULARES,

FECHA : _____ RAZON: _____

FECHA : _____ RAZON: _____

(Por favor marque con un circulo: Diabetes Artritis, hipertensión, cáncer, ataque al corazón

Madre	FALLECIDOS/ VIVOS	_____
Padre	FALLECIDOS/ VIVOS	_____
Hija	FALLECIDOS /VIVOS	_____
Hijo	FALLECIDOS /VIVOS	_____
Abuelo Paterno	FALLECIDOS /VIVOS	_____
Abuela Paterna	FALLECIDOS /VIVOS	_____
Abuela maternal	FALLECIDOS /VIVOS	_____
Abuelo por parte de madre	FALLECIDOS /VIVOS	_____

HISTORIAL SOCIAL

_____ USO DE TABACO _____ Dejado de fumar _____ Nunca ha fumado

_____ bebida ocasional _____ Alcohólico en recuperación _____ Sólo los fines de semana _____ No Bebo

PARA PACIENTES CON PROBLEMAS DEL PIE Y TOBILLO

EL doctor hablará con Ud. acerca de su actual problema a fondo. Las siguientes preguntas tienen como intención de dar una información general de cómo Ud. está ahora siendo afectado. Por favor escoja la mayor opción por cada cosa.

- Tiene Ud. dolor ?
- Ningún
 - Ligero, ocasionalmente
 - Moderado, a diario
 - Severo, casi siempre presente
- Cuál es su nivel de actividad?
- Sin limitación, no hay necesidad de apoyo
 - No hay limitación en las actividades diarias, limitación en las actividades recreacionales – no hay necesidad de apoyo diario.
 - Limitado a diario y las actividades recreacionales - bastón
 - Severa limitación de las actividades diarias y recreacionales– bastón, andador, muletas, silla de ruedas, o abrazadera necesitada a diario
- Requisitos del calzado:
- A la moda, calzado convencional – no requiere plantilla
 - Calzado cómodo y / o plantillas para zapato
 - Zapato modificado o abrazadera
- Máxima distancia caminando:
- Más de 6 cuadras
 - 4-6 cuadras
 - 1-3 cuadras
 - Menos de 1 cuadra
- Superficies para caminar:
- Sin dificultad sobre cualquier superficie
 - Alguna dificultad sobre terreno desparejo, inclinado, escalones, o escaleras.
 - Dificultad severa sobre terreno desparejo, inclinado, escalones o escaleras.

Gracias por completar este cuestionario. Sera parte de su historial medico permanente y jugara un papel importante

ORTHOPÆDIC

ASSOCIATES OF SOUTH BROWARD, P.A.

(954) 961-3500 Fax: (954) 961-1835

RICHARD E. STRAIN, JR., M.D., F.A.C.S.
WARREN GROSSMAN, M.D., F.A.C.S.
STEVEN D. STEINLAUF, M.D.
CHRISTOPHER WONG, M.D.

Diplomates of the American Board of Orthopaedic Surgery

4700 Sheridan Street
Suite H
Hollywood, Florida 33021

1 S.W. 129th Avenue
Suite #401
Pembroke Pines, Florida 33028

7800 S.W. 87 Avenue
Suite A-110
Miami, Florida 33173

CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO MEDICO : Yo autorizo a los doctors del paciente que determinen que clase de tratamiento se debe tomar para averiguar más acerca de la condición del paciente. Además, Yo autorizo al personal de Orthopaedic Associates of South Broward, P.A. que me den el tratamiento que yo deba recibir. Yo comprendo que la práctica de la medicina no es un ciencia exacta y reconozco que ninguna garantía ni aseguranza se me ha hecho como resultado del tratamiento, pruebas ó exámenes.

DIVULGACION DE INFORMACION: Por la presente Yo autorizo a Orthopaedic Associates of South Broward, P.A. que divulguen todo o parte de mi expediente médico a cualquier persona o compañía quien es requerida a pagar todo o parte de los honorarios del Docotor.

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Por la presente Yo irrevocablemente asigno pago a Orthopaedic Associates of South Broward, P.A., aceptando esta asignación de todos los beneficios médicos y que de otra forma estén hechos pagaderos a mí. Yo certifico que la información a mí dada al solicitar el pago es correcta y requiero que dicho pago de beneficios autorizados sean hechos en mi nombre. Yo comprendo que soy responsable economicamente por cargos en los cuáles el seguro niega pago.

PAGO: Yo entiendo que es mi responsabilidad obtener cualquier autorización necesaria para recibir tratamiento de acuerdo con my póliza de seguro individual. En caso que yo falle en hacerlo yo me comprometo a pagar cualquier y todo gasto / honorario incurrido por Orthopaedic Associates of South Broward, P.A. para hacer cumplir con éste acuerdo, incluyendo pero no limitatado a la cobranza de costos, intereses / cargos por servicio , gastos de corte, y honorarios de abogados.

Imprima Nombre del Paciente: Apellido, Primer, Inicial

Firma del Paciente

Fecha

ORTHOPÆDIC

ASSOCIATES OF SOUTH BROWARD, P.A.

(954) 961-3500 Fax: (954) 961-1835

RICHARD E. STRAIN, JR., M.D., F.A.C.S.
WARREN GROSSMAN, M.D., F.A.C.S.
STEVEN D. STEINLAUF, M.D.
CHRISTOPHER WONG, M.D.

Diplomates of the American Board of Orthopaedic Surgery

4700 Sheridan Street
Suite H
Hollywood, Florida 33021

1 S.W. 129th Avenue
Suite #401
Pembroke Pines, Florida 33028

7800 S.W. 87 Avenue
Suite A-110
Miami, Florida 33173

Política respecto a los medicamentos narcóticos para el dolor

En éste consultorio, nuestra política es no recetar ningún medicamento narcótico para tratar el dolor después de horas de oficina (lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm). Procuraremos cumplir con las solicitudes razonables de medicamentos a la brevedad posible; este consultorio requiere por lo menos 48 horas para preparar sus recetas médicas, sin embargo, por favor, sea anticipado. Asimismo, estando bajo el cuidado de los doctores Strain, Grossman, Steinlauf o Wong ; no puede acudir a otros médicos sin dar conocimiento acerca de ello a éste consultorio porque puede que quede expulsado de este consultorio. Sépase, que es ilícito e inaceptable/inadmissible y no sera tolerado.

He leído este acuerdo y me comprometo a cumplir con las condiciones indicadas.

Nombre con letras de imprenta y fecha

Firma del paciente

ORTHOPÆDIC

ASSOCIATES OF SOUTH BROWARD, P.A.

(954) 961-3500 Fax: (954) 961-1835

RICHARD E. STRAIN, JR., M.D., F.A.C.S.
WARREN GROSSMAN, M.D., F.A.C.S.
STEVEN D. STEINLAUF, M.D.
CHRISTOPHER WONG, M.D.

Diplomates of the American Board of Orthopaedic Surgery

4700 Sheridan Street
Suite 100
Hollywood, Florida 33021

1 S.W. 129th Avenue
Suite #407
Pembroke Pines, Florida 33028

7800 S.W. 87 Avenue
Suite A-110
Miami, Florida 33173

CONSTANCIA DE RECIBO DE LA POLÍTICA EN CUANTO A PRIVACIDAD

Yo, _____ doy constancia de haber recibido el
Aviso acerca de la Política en cuanto a privacidad de Orthopaedic Associates of
South Broward, PA.

X _____ fecha _____
Firma del paciente

En lugar de la firma del paciente, yo, _____, miembro
del personal de Orthopaedic Associates of South Broward, PA. Afirmo que
a _____ se le ha entregado nuestro Aviso acerca de la
Política en cuanto a la Privacidad.

X _____ fecha _____
Firma del paciente

Para uso exclusivo de la oficina

Intentamos conseguir constancia escrita de haber recibido nuestro Aviso acerca de la Política en
cuanto a la Privacidad., pero no se pudo obtener porque:

- El individuo se rehusó a firmar el formulario (iniciales _____)
- Barreras de comunicación impidieron la obtención de la constancia (iniciales _____)
- Una emergencia nos impidió obtener constancia (iniciales _____)
- Otro _____ (iniciales _____)

ORTHOPAEDIC

ASSOCIATES OF SOUTH BROWARD, P.A.

(954) 961-3500 Fax: (954) 961-1835

RICHARD E. STRAIN, JR., M.D., F.A.C.S.
WARREN GROSSMAN, M.D., F.A.C.S.
STEVEN D. STEINLAUF, M.D.
CHRISTOPHER WONG, M.D.

Diplomates of the American Board of Orthopaedic Surgery

4700 Sheridan Street
Suite H
Hollywood, Florida 33021

1 S.W. 129th Avenue
Suite #401
Pembroke Pines, Florida 33028

7800 S.W. 87 Avenue
Suite A-110
Miami, Florida 33173

ORTHOPAEDIC ASSOCIATES OF SOUTH BROWARD, P.A.

Esta carta es para informar al los pacientes de Orthopaedic Associates of South Broward que el Dr. Steven Steinlauf y el Dr. Richard Strain participan en un programa de adiestramiento para médicos residentes por medio de la University of Miami. Durante el transcurso del adiestramiento de residentes , se espera que los residentes participen en todos los aspectos del cuidado del paciente. Esto incluye evaluaciones en la oficina y en el hospital, y en asistir al Dr. Steinlauf o al Dr. Strain en sus procedimientos quirúrgicos. Tomando ésto en cuenta , si Ud. está de acuerdo y da el consentimiento informado para que los residentes participen bajo su cuidado, por favor firme aquí debajo.

Le agradecemos sinceramente ayudarnos a mejorar el avance de la educación de nuestras futuras generaciones de cirujanos ortopédicos.

Nombre en Letra Mayúscula y Fecha

Firma del Paciente

ORTHOPAEDIC ASSOCIATES OF SOUTH BROWARD, P.A.

TROMBOSIS VENOSA/EMBOLIA PULMONAR "COAGULOS DE SANGRE"

El Dr. Steinlauf y Dr. Wong les proporciona este informativo para la educacion de todos sus pacientes con respectos a los riesgos potenciales de una trombosis venosa y de una embolia pulmonar. Ambas entidades son conocidas como "coágulos de sangre". Los coágulos de sangre pueden formarse a razón de problemas ortopédicos que tengan que ver con el pie, el tobillo y las extremidades inferiores. Los coágulos sanguíneos se pueden formar en las venas de las piernas del paciente y en algunas instancias; dichos coágulos viajan hasta los pulmones causándole la muerte al paciente. Ciertas condiciones presentan mayor riesgo de formación de coágulos. Algunos pacientes tienen otros factores de riesgo que los predisponen a la formación de coágulos sanguíneos.

Existen ciertos medicamentos que se pueden utilizar para aminorar, no eliminar sin embargo, el riesgo de la formación de un coágulo sanguíneo. Habiendo dicho eso, no existe ninguna recomendación formal por parte del "American College of Chest Physicians, ni del American Academy of Orthopedic Surgeons" ni del "American Foot and Ankle Society" con respecto a recetar medicamentos que reduzcan el riesgo de la formación de un coágulo de sangre a pacientes con problemas en el pie, el tobillo, o de la rodilla para abajo. La recomendación formal dada por el "American College of Chest Physicians" es que los pacientes se movilizen lo mejor que puedan en un esfuerzo de aminorar el riesgo a una tromboembolia venosa después de cualquier cirugía al pie, al tobillo, o de la rodilla para abajo. Varios estudios promueven que no se receten medicamentos para evitar coágulos de sangre en el pie, el tobillo, o de la rodilla para abajo después de una cirugía debido a que el riesgo es muy bajo de formar un coágulo de sangre.

Si es que no existe un buen motivo para el uso de medicamentos fuertes para aminorar el riesgo a la formación de coágulos sanguíneos, hay ciertas pruebas de que la aspirina tomándose una tableta diaria (ya sea aspirina de bebe o aspirina de 325mg) puede aminorar el riesgo de formación de un coágulo. Si se piensa que el paciente corre más riesgo de formarse un coágulo, entonces sí habría motivo para recetarle medicamentos fuertes para aminorar el riesgo. Habiendo indicado todo lo anterior, el Dr. Steinlauf y el Dr. Wong hablará con usted con respecto a sus propios riesgos en la formación de coágulos y en cuanto a su opinión respecto a la necesidad de tomar o no algún medicamento o si sencillamente se trata de mobilizarse más.

Sébase que con medicamentos Fuertes tales como Coumadin, Lovenox, Arixtra, Fragmin, Xarelto, o con cualquier otro medicamento nuevo, existen riesgos significativos. Estos riesgos incluyen sangrado en el lugar de la intervención quirúrgica provocando serias complicaciones; el riesgo a una caída durante la recuperación de cualquier tipo de padecimiento ortopédico que le lleve a un sangrado en el cerebro o en alguna otra parte del cuerpo que podría causar la muerte; el riesgo a un sangrado estomacal; el riesgo inherente en el uso de algunos de estos medicamentos podría producir trombocitopenia inducida por Heparin, y otras complicaciones potenciales. Los beneficios de los medicamentos fuertes son el aminorar de manera potencial el riesgo a un coágulo de sangre mortífero. Los beneficios del uso de la aspirina residen en que en algunos estudios se aminora el riesgo a un coágulo de sangre. Habiendo indicado todo lo anterior, la aspirina en sí no elimina todo riesgo.

Teniendo en cuenta que éste es un asunto complejo, se le alienta a que Ud. le pregunte con respecto a la necesidad de medicamentos para prevenir tromboembolia al Dr. Steinlauf y Dr. Wong quien hará todo lo posible para responder a todas sus interrogantes. Por último, si en algún momento dado a lo largo de su tratamiento le diera dolor en las pantorrilla, se le hinchan las pantorrillas, le diera dolor de pecho, o le falta el aire, se le recomienda que se comuniquen con nuestra oficina pero a la vez acuda a una sala de emergencias para que le evalúen si tiene enfermedad tromboembolia venosa y se le dé el tratamiento adecuado.

Gracias,

Steven D.Steinlauf, M.D

Christohper Wong, M.D

He leído y he entendido todo el material anterior, he hecho todas las preguntas que tenía que hacerle a Dr. Steinlauf y Dr. Wong, he quedado conforme con todas las respuestas y he recibido copia de este formulario.

ORTHOPAEDIC FOOT AND ANKLE INSTITUTE OF SOUTH FLORIDA

To All of my Patients,

First and foremost I want to thank you for choosing the Orthopaedic Foot and Ankle Institute of South Florida for your treatment. It is my pleasure to care for you and I will do everything that I can to help you achieve the outcome that you desire. As an orthopedic surgeon and educator, I am active in the research and development of new implants and improved surgical instruments and techniques. As part of this work, I work under contract with orthopedic companies providing consulting services on new products and input on research and development.

Currently, I am a consultant for Smith and Nephew Orthopedics. In this role I have helped to design an implant system made by Smith and Nephew Orthopedics. I do receive royalties from Smith and Nephew Orthopedics. During any surgical procedure that you may undergo, I may or may not use Smith and Nephew implants. I utilize implants that I feel are most suited for the problem that you have. If you have any questions about this, it would be my pleasure to answer these questions. In addition, I give instructional lectures on implants and surgical techniques for other doctors and medical personnel. In return for this time and expertise I am paid a consulting fee by Smith and Nephew Orthopedics. In addition, I am a paid consultant for Don-Joy Orthopedics. This is a company that specializes in multiple products, one being bone growth stimulators. In the course of your treatment, I may prescribe a bone growth stimulator. This may or may not be a Don-Joy product. If you have any questions regarding this issue, please do not hesitate to ask.

I would like to inform you that I have ownership interest in Miramar Surgery Center, you may or may not be scheduled for surgery in this facility.

It should be noted that I am a member of the American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), which holds its members to extremely high ethical standards to insure that even the appearance of a conflict of interest does not jeopardize the trust that patients place in our doctors. The American Academy of Orthopaedic Surgeons has adopted standards of professionalism that require orthopedic surgeon members to identify and disclose potential conflicts of interest to their patients, the public, and colleagues. These standards also clearly articulate how and under what circumstances the American Academy of Orthopaedic Surgeons members may work with and be compensated by industry, as well as the penalties for failure to comply. It is important to my practice that you are aware of these relationships with implant manufacturers, that my practice puts the interest of patients first, and that we are available to answer any questions that you may have.

Sincerely,

Steven D. Steinlauf, M.D.

Patient Signature

Date

dd: 05/13/10 Revised 08/05/2014 ecc
dt: 05/14/10

Consent to Obtain External Prescription History

I, _____, whose signature appears below, authorize Orthopaedic Associates of South Broward, PA and its Affiliated Providers to view my external prescription history via the RxHub service. I understand that prescription history from multiple other unaffiliated medical providers, insurance companies, and pharmacies may be viewable by my providers and staff here, and it may include prescriptions back in time for several years.

MY SIGNATURE CERTIFIES THAT I READ AND UNDERSTOOD THE SCOPE OF MY CONSENT AND THAT I AUTHORIZE THE ACCESS.

Patient Signature and Date

Orthopaedic Associates of South Broward

REVIEW OF SYMPTOMS

Please circle one:

General:	Fever Yes or No	Chills Yes or No
Allergies:	Rash Yes or No	Hives Yes or No
Ophthalmology:	Blurred vision Yes or No	Diminished vision Yes or No
ENT:	Difficulty swallowing Yes or No	
Respiratory :	Wheezing Yes or No	Short of breath at rest Yes or No
Cardio:	Chest pain at rest Yes or No	Difficulty breathing on exertion: Yes or No
GI:	Blood in stool Yes or No	Vomiting blood Yes or No
GU:	Blood in urine Yes or No	Painful urination Yes or No
Neuro:	Difficulty Speaking Yes or No	Seizures Yes or No
Psych:	Substance abuse Yes or No	Loss of Appetite Yes or No