

REGISTRO DEL PACIENTE

(Por favor imprima y complete)

AFFILIATED ARM, SHOULDER & HAND

Sebastian B. Ruggeri, M.D.

Gary North, P.A.-C.

3104 E Indian School Rd, Ste 200

Phoenix, Arizona 85016

(602) 954.9484 F: (602) 954.6433



F. DE CITA: \_\_\_\_\_

PACIENTE: (APELLIDO) \_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (INICIAL) \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ ETNIA / RAZA: \_\_\_\_\_ o...  Declinar para responder

DIRECCIÓN DE LA CALLE / PO BOX: \_\_\_\_\_

CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

EMPLEADO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_

Escribe usted  IZQUIERDA...  DERECHA... o usted es  AMBIDEXTRO?

FECHA DE HERIDA: \_\_\_\_\_ o... INICIO DE LOS SÍNTOMAS: \_\_\_\_\_  
aproximadamente aproximadamente

HOMBRO *Izda*  *Dcha*

CODO *Izda*  *Dcha*

MUÑECA *Izda*  *Dcha*

MANO *Izda*  *Dcha*

Está Embarazada?..... Sí  No

Es una lesión relacionada con el trabajo?..... Sí  No

Este es una lesión relacionada con accidente de Auto?..... Sí  No

En caso afirmativo ¿busca o buscarà un abogado?..... Sí  No

Es este ataque de lesión relacionada de Persona o Animal?..... Sí  No

Puede enviar por favor su paquete completo por fax (602).954.6433 o correo electrónico a

[FRONTDESKRUGGERI@GMAIL.COM](mailto:FRONTDESKRUGGERI@GMAIL.COM)

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Naci: \_\_\_\_\_ F. de Cita: \_\_\_\_\_

### **SEGURO DIRECTO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO/SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE GARANTE: (APELLIDO) \_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (INICIAL) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE S.S. DEL GARANTE: \_\_\_\_\_ GARANTE F. DE NACI: \_\_\_\_\_

GÉNERO DEL GARANTE:  Masculino  Femenino

DIRECCIÓN DE GARANTE O P.O. BOX: \_\_\_\_\_

GARANTE CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PRIMARIO DEL GARANTE: \_\_\_\_\_ ALT TELÉ: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL GARANTE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO DEL GARANTE: \_\_\_\_\_

### **SEGURO SECUNDARIA**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO/SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE GARANTE: (APELLIDO) \_\_\_\_\_ (NOMBRE) \_\_\_\_\_ (INICIAL) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE S.S. DEL GARANTE: \_\_\_\_\_ GARANTE F. DE NACI: \_\_\_\_\_

GÉNERO DEL GARANTE:  Masculino  Femenino

DIRECCIÓN DE GARANTE O P.O. BOX: \_\_\_\_\_

GARANTE CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PRIMARIO DEL GARANTE: \_\_\_\_\_ ALT TELÉ: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR DEL GARANTE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO DEL GARANTE: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Naci: \_\_\_\_\_ F. de Cita: \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales**

	Nombre de medicamento	Fuerza (mg)	Dosificación (Con qué frecuencia?)
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

**FARMACIA PREFERIDA:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos** Tienes una alergia al Látex.....  Sí  No

	Nombre de medicamento	Reacción (urticaria, erupción, etc.)
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

**ESTATURA:** \_\_\_\_\_ **PESO:** \_\_\_\_\_

**Describe tus síntomas y lo que los causó.. Incluya duración, ubicación y severidad.** (ejemplo: Se cayó de la bicicleta en 2014, duele al hacer un puño)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Proporcione un breve del tratamiento y/o las pruebas que ha tenido para esta afección** (ejemplo: férulas durante 6 meses, ibuprofeno con un beneficio mínimo, examen de nervio en mayo pasado). **Traiga todos los registros médicos relacionados**, estudios de nervios, imágenes de resonancia magnética, radiografías, incluidos los informes escritos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Naci: \_\_\_\_\_ F. de Cita: \_\_\_\_\_

Por favor **MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDE** o...  **NO HISTORIA MÉDICA**

**Cáncer**  No  Sí...**Qué tipo?**: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA<br><i>AIDS</i>                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer<br><i>Alzheimer's disease</i>        | <input type="checkbox"/> Asma<br><i>Asthma</i>                      |
| <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar<br><i>Bipolar disorder</i>    | <input type="checkbox"/> EPOC<br><i>COPD</i>  | <input type="checkbox"/> Depresión<br><i>Depression</i>             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1<br><i>Diabetes type 1</i>      | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2<br><i>Diabetes type 2</i>                    | <input type="checkbox"/> Gastritis<br><i>Gastritis</i>              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón<br><i>Heart disease</i> | <input type="checkbox"/> Hernia<br><i>Hernia</i>                                      | <input type="checkbox"/> Hipertensión<br><i>Hypertension</i>        |
| <input type="checkbox"/> Insomnio<br><i>Insomnia</i>                    | <input type="checkbox"/> Melanoma<br><i>Melanoma</i>                                  | <input type="checkbox"/> Obesidad<br><i>Obesity</i>                 |
| <input type="checkbox"/> Onicomicosis<br><i>Onychomycosis</i>           | <input type="checkbox"/> Osteoartritis<br><i>Osteoarthritis</i>                       | <input type="checkbox"/> Osteopenia<br><i>Osteopenia</i>            |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos<br><i>Pacemaker</i>                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson<br><i>Parkinson's disease</i>        | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño<br><i>Sleep Apnea</i>      |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia<br><i>Schizophrenia</i>          | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo<br><i>Seizure disorder</i>              | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular<br><i>Stroke</i> |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><i>Tuberculosis</i>            | <input type="checkbox"/> Deficiencia de vitamina B12<br><i>Vitamin B12 deficiency</i> |   |

**Otras condiciones no listadas:** \_\_\_\_\_

Por favor **MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDE** o...  **NO HISTORIA CIRUGÍA**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bypass aortofemoral<br><i>AortoFemoral bypass</i>          | <input type="checkbox"/> Reparación de la válvula aórtica<br><i>Aortic valve repair</i> | <input type="checkbox"/> Cardioversión electiva<br><i>Cardioversion elective</i> |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del tunel carpiano<br><i>Carpal tunnel surgery</i> | <input type="checkbox"/> Reparación de la hernia<br><i>Hernia repair</i>                | <input type="checkbox"/> Histerectomía<br><i>Hysterectomy</i>                    |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de riñón<br><i>Kidney transplant</i>            | <input type="checkbox"/> Laminectomía<br><i>Laminectomy</i>                             | <input type="checkbox"/> Marcapasos trasplante<br><i>Pacemaker</i>               |
| <input type="checkbox"/> Injerto de piel<br><i>Skin graft</i>                       | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía<br><i>Thyroidectomy</i>                          |  |

**Otras cirugías no listadas:** \_\_\_\_\_

Por favor **liste su historial médico familiar** (ejemplo: madre tenía cáncer, el abuelo diabetes, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Naci: \_\_\_\_\_ F. de Cita: \_\_\_\_\_

¿BEBES CAFÉ DIARIO?  Sí  No

Número de tazas por día:  1  2  3  básicamente toda la cafetera

¿FUMAS?  Sí  No

Cada día  Algunos días  Ex-fumador

Si fumas actualmente, ¿cuánto tiempo llevas fumando? \_\_\_\_\_

Si fumas actualmente, ¿cuántos cigarrillos fumas por día?

1–9  10–20  20–30 (un paquete)  40+ (dos o más paquetes)

Si eres un ex-fumador, ¿cuándo dejaste? \_\_\_\_\_

¿BEBES ALCOHOL?  Sí  No

¿Con qué frecuencia bebes alcohol?  Nunca  Diario  Semanal  Mensual  Ocasional

Número de bebidas:  1  2  3  4  5  6+

¿Usas drogas recreativas?  Sí  No

En caso afirmativo qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Experimenta actualmente **dolor en el pecho, pérdida de peso inexplicable, escalofríos, fatiga, fiebre o sudores**? Si es así, descríbelos a continuación:

---

---

---

### **DIRECTIVAS AVANZADAS**

Tienes un **PODER MÉDICO**?.....  Sí  No

En caso afirmativo ¿tiene una copia?.....  Sí  No

Tienes un **TESTAMENTO DE VIDA**?.....  Sí  No

En caso afirmativo ¿tiene una copia?.....  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Naci: \_\_\_\_\_ F. de Cita: \_\_\_\_\_

**AFFILIATED ARM, SHOULDER & HAND SURGEONS, LTD.  
EL AVISO DE INFORMACIÓN PRÁCTICA PARA EL PACIENTE**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA O DIVULGADA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

**OBLIGACIONES LEGALES DE AFFILIATED ARM, SHOULDER & HAND SURGEONS, LTD.**

Affiliated Arm, Shoulder & Hand Surgeons, Ltd. (en lo **sucesivo AAS&H**) proteger la privacidad de su información de salud personal, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de información y seguir la información que se describe aquí.

**USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

AAS&H usa su información de salud personal principalmente para el tratamiento; obtención de pago por tratamiento; Realización de actividades administrativas internas y evaluación de la calidad asistencial que brindamos. Por ejemplo, AAS&H puede usar su información de salud personal para contactarlo y proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

AAS&H también puede usar o divulgar su información personal de salud con autorización previa para fines de salud pública, para fines de auditoría, para estudios de investigación y para emergencias. También proporcionamos información cuando sea requerido por la ley. Consideraremos todas las solicitudes caso por caso, pero la práctica no está legalmente obligada a aceptarlas.

En cualquier otra situación, la política de AAS&H es obtener su autorización por escrito antes de revelar su información médica personal. Si nos proporciona una autorización por escrito para divulgar su información por cualquier motivo, puede revocar dicha autorización para detener futuras divulgaciones en cualquier momento.

**DERECHOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE**

Usted tiene derecho a revisar u obtener una copia de su información médica personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos cualquier información inexacta o incompleta en sus registros. También tiene derecho a solicitar una lista de casos en los que hemos divulgado su información de salud personal por motivos distintos al tratamiento, pago u otros fines administrativos relacionados.

**INQUIETUDES Y QUEJAS**

Si le preocupa que AAS&H pueda haber violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con cualquier decisión que hayamos tomado con respecto al acceso o la divulgación de su información médica personal, comuníquese con nuestro gerente de práctica a la dirección que se indica a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Para obtener más información sobre las prácticas de información de salud de AAS&H o si tiene una queja, comuníquese con las siguientes personas:

AFFILIATED ARM, SHOULDER & HAND SURGEONS, LTD.  
OFFICE ADMINISTRATOR  
3104 E. Indian School Road, Suite 200  
Phoenix, AZ 85016  
Teléfono: (602) 954-9484

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Naci: \_\_\_\_\_ F. de Cita: \_\_\_\_\_

**AFFILIATED ARM, SHOULDER & HAND SURGEONS, LTD.  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

He leído y entiendo completamente el *Aviso de Prácticas de Información*. Entiendo que AAS&H puede usar o divulgar mi información personal de salud con el fin de llevar a cabo un tratamiento, obtener un pago, evaluar la calidad de los servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago. Entiendo que tengo derecho a restringir la forma en que mi información de salud personal se utiliza y divulga para tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifico a la práctica.

Por la presente autorizo al uso y divulgación de mi información personal de salud como se ha señalado en el AAS&H *anuncio de Información Prácticas*. Entiendo que me reservo el derecho de revocar este consentimiento mediante notificación a la práctica por escrito en cualquier momento.

**Nombre del paciente (PRINT)** \_\_\_\_\_

Firma del paciente ..... F. de hoy \_\_\_\_\_

**Si es menor de 18 años:**

Nombre del padre o tutor (PRINT) \_\_\_\_\_

Padre o Firma del tutor ..... F. de hoy \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (IMPRIMIR) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Por favor, enumere a cualquier persona que autorice a nuestra oficina para hablar con respecto a su atención y tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Autoriza a nuestra oficina a dejar mensajes de voz para usted en sus números de teléfono dados?

Sí     No

Nombre: \_\_\_\_\_ F. de Naci: \_\_\_\_\_ F. de Cita: \_\_\_\_\_

**Sebastian B. Ruggeri, M.D. and Affiliated Arm, Shoulder & Hand Surgeons, LTD.  
3104 E Indian School Road, Suite 200 Phoenix, AZ 85016**

**POLÍTICA FINANCIERA Y DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN**

Esta oficina registra el seguro como una cortesía para todos los pacientes. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que se pague al médico.

Si está aquí por una lastimadura de trabajo, su reclamación ha sido aceptada y sus visitas son aprobadas previamente, requerimos su firma a continuación para autorizar la reventa de cualquier información a la compañía de seguros industriales.

Si tiene un monto de copago predeterminado con su plan en particular, se debe pagar al momento de cada visita.

Si su plan de seguro es **PPO, EPO, POS o HMO** y su plan tiene un deducible y / o una póliza de coseguro (**90/10, 80/20, 70/30**, etc.), su parte se pagará al final de su visita. Si tiene una cantidad pendiente de pago para alcanzar su deducible anual, esa cantidad se refleja en su estado de cuenta. Si está en AHCCCS, es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en el plan de seguro antes de su próxima cita. En caso de que se deban hacer otros arreglos financieros, se deben hacer antes de su próxima cita.

Si por alguna razón su seguro no paga las reclamaciones presentadas o si no cumple con su acuerdo financiero con esta oficina, se le agrega a su cuenta un cargo financiero del 1.5% (18% TAE) cada mes que tenga un balance pendiente su balance se irá acumulando. Esta cantidad se calculará desde la fecha del último pago recibido hasta la fecha en que la cuenta se pague si está completa o se asigna a nuestra agencia de cobranza. También es responsable de cualquier cobro y / o honorarios de abogado necesarios para resolver la cuenta morosa.

**SI POR CUALQUIER MOTIVO NECESITA CANCELAR SU CITA, PEDIMOS QUE LLAME AL MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA. SI UNA LLAMADA TELEFÓNICA NO SE RECIBE POR LO MENOS 24 HORAS ANTES DE SU CITA, SE LE PAGARÁ UNA TARIFA DE NO SHOW A USTED, AL PACIENTE, Y NO A SU COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

Por la presente autorizo a Sebastian B. Ruggeri, M.D. a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento para ayudar a pagar las facturas médicas y / o quirúrgicas presentadas en mi nombre. También autorizo a Sebastian B. Ruggeri, M.D. a obtener, en mi nombre, cualquier información de seguro cubierta por la "Ley de Privacidad" de los archivos de mi compañía de seguros.

Al presente autorizo el pago directamente a Sebastian B. Ruggeri M.D. y AAS&H para beneficios médicos y quirúrgicos. En caso de que mi aseguranza prohíbe el pago directo, por la presente ordeno a dicha compañía de seguros que realice el cheque a mí mismo y lo envíe por correo de la siguiente manera:

**C / O Sebastian B. Ruggeri, M.D.  
3104 E. Indian School Road, Suite 200  
Phoenix, AZ 85016**

Reconozco que he leído la información anterior y reconozco la responsabilidad total de todos los cargos incurridos, independientemente de cualquier posible cobertura de seguro y reembolso. Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Nombre del paciente (PRINT) \_\_\_\_\_ Firma .....

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (IMPRIMIR) \_\_\_\_\_ Firma .....

Fecha \_\_\_\_\_