



Rodney D. Henderson, M.D. PC

Board Certified Orthopaedic Surgeon
2281 West 24th Street, Suite 1 Yuma, AZ 85364
Phone (928) 726-2990*Fax (928) 726-0786 email: rhendersonmd@yahoo.com
www.rodhendersonmd.com

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: _____ Paciente Nuevo Paciente actual Edad: _____

Referido por: Familiar Amigo _____ Doctor _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: Hombre Mujer
Apellido, Nombre, Segundo Nombre

Fecha de nacimiento _____ Estado civil: _____ # Seguro Social: _____

Dirección permanente: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono de casa: (____) _____

Dirección Local: _____

Ciudad: _____ ST _____ Zip _____ Celular: (____) _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ EMAIL: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del médico de atención primaria: _____

Seguro primario: _____ MC HMO / POS AHCCCS PPO

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

de identificación: _____ # de Grupo: _____ relación: _____

Seguro Secundario: _____ MC HMO / POS AHCCCS PPO

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

de identificación: _____ # de Grupo: _____ relación: _____

Información de compensación de trabajo

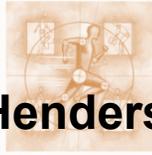
Compañía de Seguro: _____ Ajustador: _____ # de Caso: _____

de teléfono: _____ Empleador _____ Fecha de lesión: _____

Nombre de Abogado, (si existe): _____ Teléfono: _____

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo a Rodney D. Henderson, MD PC o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.

Paciente / Tutor Firma: _____ Fecha: _____



Rodney D. Henderson, M.D. PC

Board Certified Orthopaedic Surgeon
2281 West 24th Street, Suite 1 Yuma, AZ 85364
Phone (928) 726-2990*Fax (928) 726-0786 email: rhendersonmd@yahoo.com
www.rodhendersonmd.com

CUESTIONARIO DE SALUD/HISTORIAL MEDICO

Nombre del paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

¿La Razón de su Visita? _____

Edad: _____ Altura _____ Peso _____ Es usted: Zurdo Diestro

Ocupación _____ Empleador _____

¿Cómo se hirió/ que causó la condición? _____

¿Cuál area fue afectada? Lado derecho Lado Izquierdo Ambos Lados Otro: _____

¿Ha tenido Ultrasonidos MRI Radiografías? ¿(Si ése es el caso círculo que) Donde? _____ Cuando? _____

A tenido alguna herida anterior en esta área? _____ Si ése es el caso cuánto tiempo? _____

Si el accidente es relacionado al trabajo conteste por favor lo Siguiente:

Fecha de herida _____ Fecha que notificó: _____ Cuánto tiempo tiene trabajando para este empleador: _____

Si está en trabajo ligero, qué fecha comenzó usted el deber ligero? _____ O Fecha del último dia trabajo? _____

Describe sus deberes del trabajo: _____

todavía trabaja para el mismo empleador? _____ Si no, le fecha que se separó del empleador _____

INDIQUE toda condición médica que usted tiene actualmente o ha tenido anteriormente

	Si		Si		Si		Si
Osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Fibromyalgia	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Ulceras; Gastritis; Acidez	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Mitral Valve Prolapse	<input type="checkbox"/>
Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/>	Desórdenes de Sangre; Anemia; Coagulos	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	Transfusión de Sangre? Cuando?	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Posibilidad de embarazo?	<input type="checkbox"/>	Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Reúma articular	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	Tiene historia Sleep Apnea?	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Emphysema	<input type="checkbox"/>	Usa una maquina C-PAP?	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>

Liste por favor cirugías anteriores que usted aya tenido:

Cirugía: _____ Año? _____ Cirugía: _____ Año? _____

Cirugía: _____ Año? _____ Cirugía: _____ Año? _____

Medicamentos – Liste medicamentos, vitaminas e inhalantes. (Si tiene una lista escriba "VER LISTA")

Nombre _____ Dosis _____ Nombre _____ Dosis _____

Nombre _____ Dosis _____ Nombre _____ Dosis _____

¿Alergias a medicamentos? Sí no no Se (liste el nombre y/o y la reacción)

Nombre _____ Reacción: _____ Nombre _____ Reacción: _____

Nombre _____ Reacción: _____ Nombre _____ Reacción: _____

¿Fuma? _____ Cuánto? _____ Toma ? _____ Cuánto y con qué frecuencia? _____

Describe cualquier pasatiempo, incluyendo deportes, en que usted toma parte:



Rodney D. Henderson, M.D. PC

Board Certified Orthopaedic Surgeon
2281 West 24th Street, Suite 1 Yuma, AZ 85364
Phone (928) 726-2990*Fax (928) 726-0786 email: rhendersonmd@yahoo.com
www.rodhendersonmd.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo información médica sobre usted puede utilizarse y ser divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, léalo con cuidado.

TIPOS DE INFORMACIÓN QUE REUNIMOS Y USAMOS:

Al administrar el cuidado de la salud, reunimos y mantenemos información que puede incluir información personal no pública.

Por ejemplo:

- Transacciones financieras con nosotros (transacciones de facturación).
- Su historial médico, tratamiento, resultados de prueba, cartas, faxes, correos electrónicos o conversaciones telefónicas desde o hacia otros profesionales de salud.
- Información de proveedores de atención médica, accidentes de trabajo a su empleador y otros administradores de terceros (por ejemplo, las solicitudes de registros médicos, reclamos o información de pago).

SUS DERECHOS BAJO LA NORMA FEDERAL DE PRIVACIDAD:

Aunque su expediente médico es propiedad física de Rodney D. Henderson, MD PC usted tiene ciertos derechos con respect a la información contenida en él. Usted tiene derecho a:

- Solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica para tratamiento y el pago.
- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos, y, si el método es razonable, debemos aceptar la solicitud.
- Usted tiene el derecho de recibir y conservar una copia de este aviso de prácticas de información. Si usted solicita una copia, la ley nos obliga a pedirle que firme un recibo de la copia.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica bajo petición. Nos reservamos el derecho a cobrar una cantidad razonable basada en el costo de realización de copias.
- Usted tiene el derecho de obtener una corrección de su información médica a menos que nosotros no ayamos creado el registro o la información sea exacta y completa
- Usted tiene el derecho de obtener un análisis de uso de rutina o divulgación
- Usted tiene el derecho de revocar autorización para usar o divulgar su información médica en cualquier momento.

CON EL CONSENTIMIENTO OTORGADO POR EL DEPARTAMENTO REGULADOR DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS PODEMOS USAR/REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES. POR EJEMPLO:

- Rodney D. Henderson, MD PC puede utilizar su información personal de salud para diagnosticar, planificar e implementar el mejor curso de tratamiento para usted.
- Rodney D. Henderson, M. D. PC puede usar su información de salud para recibir el pago de terceros como su seguro médico, compensación de los Trabajadores, si es apropiado y aplicable.

NUESTRA RESPONSABILIDAD BAJO EL ESTÁNDAR FEDERAL DE PRIVACIDAD:

- Mantener la privacidad de su información de salud, incluyendo la implementación de medidas de seguridad físicas, administrativas y técnicas que resulten razonables y apropiadas para proteger la información.
- Proporcionar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información de salud individualmente identificable acerca de usted que recopilamos y mantenemos.
- Respetar los términos de este aviso.
- Capacitar a cualquier personal acerca de la privacidad y confidencialidad.
- Implementar una política de sanciones para disciplinar a aquellas personas que incumplan de confidencialidad/privacidad de políticas.
- Reducir el daño de cualquier violación de la privacidad o confidencialidad.

POR FAVOR MANTENGA ESTA COPIA PARA SUS ARCHIVOS



Rodney D. Henderson, M.D. PC

Board Certified Orthopaedic Surgeon
2281 West 24th Street, Suite 1 Yuma, AZ 85364
Phone (928) 726-2990*Fax (928) 726-0786 email:rhendersonmd@yahoo.com
www.rodhendersonmd.com

RECIBO DE NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Consentimiento para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.

Doy mi consentimiento para el uso de la divulgación de mi información de salud identificable por Rodney D. Henderson, MD PC para los propósitos de diagnóstico o el tratamiento, obtener el pago de mis cuentas de salud o para llevar a cabo operaciones de cuidados de salud. Tengo entendido que el diagnóstico o tratamiento de mí con Rodney D. Henderson, MD PC puede estar condicionado a mi consentimiento como prueba de mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información de salud es utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica de la práctica. Rodney D. Henderson, MD PC no está obligado a aceptar las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si Rodney D. Henderson MD PC está de acuerdo con una restricción que yo pida, la restricción obliga a Rodney D. Henderson, MD PC a obedecerla.

Tengo el derecho de revocar su consentimiento, por escrito, en cualquier momento, salvo en la medida que Rodney D. Henderson, M. D. PC ha tomado medidas en la dependencia de este consentimiento.

Mi información de salud personal significa que la información de la salud, incluyendo información demográfica, recopilados y creados o recibidos por el practicante, otro proveedor de atención médica o mi empleador. Esta información de identificación personal de salud se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición e identifica me, o hay una base razonable para creer que la información me pueda identificar.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Rodney D. Henderson, MD antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos de mi información de salud identificable que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de cuidado de salud de Rodney D. Henderson, MD PC. Este Aviso de Prácticas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Rodney D. Henderson, MD PC con respecto a mi información de salud identificable.

Rodney D. Henderson, MD PC se reserva el derecho de cambiar la información contenida en el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Puedo obtener una copia actualizada este documento mediante la solicitud de la notificación más reciente durante cualquier visita a la oficina.

Imprimir nombre de paciente _____

Paciente / Tutor Firma: _____

Fecha: _____



Rodney D. Henderson, M.D. PC

Board Certified Orthopaedic Surgeon
2281 West 24th Street, Suite 1 Yuma, AZ 85364
Phone (928) 726-2990*Fax (928) 726-0786 email:rhendersonmd@yahoo.com
www.rodhendersonmd.com

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Seguro Social: _____

Entiendo que como parte de mi salud, esta organización origina y mantiene registros de salud que describen mi historial médico, exámenes y diagnósticos, planes de tratamiento para el cuidado o tratamiento futuro. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico y de tratamiento a mi cuenta.
- Un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios fueron efectivamente prestados.
- Una herramienta para dirigir operaciones de atención médica tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud. Entiendo y he recibido un aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos de información y revelaciones acerca de su contenido y el significado y entiendo completamente su contenido e implicaciones.

Entiendo que tengo el derecho a:

- Revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.
- Oponerme al uso de mi información de salud para la guía.
- Solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones.
- Revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida que la organización haya tomado medidas al respecto.
- Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas antes de su implementación y le enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado.



Puedo solicitar las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi información de salud:

Imprimir nombre de paciente

Paciente / Tutor Firma: _____ Fecha: _____



Rodney D. Henderson, M.D. PC

Board Certified Orthopaedic Surgeon
2281 West 24th Street, Suite 1 Yuma, AZ 85364
Phone (928) 726-2990*Fax (928) 726-0786 email:rhendersonmd@yahoo.com
www.rodhendersonmd.com

Nuestro objetivo es proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente. Que le permite saber de antemano de nuestra política que permite un buen flujo de comunicación y nos permite lograr nuestro objetivo. **Al firmar este documento usted acepta los términos y condiciones.** Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntarnos.

1. A su llegada, por favor regístrese en el mostrador de recepción y presente su tarjeta de seguro o seguro por accidente de trabajo en cada visita. Se le pedirá que firme y feche la copia de archivos de la tarjeta. Esto verifica que la información sea correcta y nos da consentimiento de facturar en su nombre. **SI LA COMPAÑIA DE SEGUROS SEGUROS QUE USTED DESIGNE ES INCORRECTA, USTED SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO Y DE PRESENTAR LOS CARGOS AL PLAN CORRECTO.**
2. De acuerdo con su plan de seguro, usted es responsable de cualquier y todos los co-pagos, deducibles y coseguros.
3. Si tiene seguro secundario, estaremos someteremos la reclamación a su seguro. Una vez que ambas explicaciones de planes de seguros sean recibidos, usted es responsable de cualquier SALDO DE SU CUENTA.
4. Estaremos encantados de comprobar sus beneficios de seguro y obtener una pre-autorización para su tratamiento programado con Rodney D. Henderson, MD PC. Sin embargo, es su responsabilidad de entender su plan de beneficios. Es su responsabilidad saber se necesita autorización por escrito para ver a un especialista, si se requiere autorización previa antes de un procedimiento, y qué servicios están cubiertos.
5. Si nuestro médico no participa en su plan de seguro, el pago total se espera de usted en el momento de su visita al consultorio. Para las citas programadas, los saldos anteriores deben ser pagados antes de la visita.
6. Si usted no tiene seguro, el pago de una consulta se debe pagar en el momento de la visita.
7. Copagos se efectúan en el momento del servicio. **Una tarifa de procesamiento de \$10.00** cobrarán además de su co-pago si el co-pago es no pagado en el momento del servicio o por el final del siguiente día hábil.
8. Saldos de paciente son facturados inmediatamente después de recibir una explicación de su plan de seguros de los beneficios. Sus remesas se debe dentro de 10 días hábiles de recepción de la factura.
9. Si acuerdos previos no se han hecho con nuestra oficina de finanzas, cualquier saldo de la cuenta pendiente superior a 30 días se cobrará 10.00 dólares adicionales. Saldos superiores a los 45 días acumulará intereses del 10 por ciento por cada 30 días. Cualquier saldo superior a 120 días se enviará a una agencia de cobranza.
10. Si usted participa en un plan de salud con deducible alto, se requiere una copia de la cuenta de ahorros de salud de débito o una tarjeta de crédito personal permanecen en el archivo.
11. Requerimos **24 horas de anticipación** para cancelar su cita. Hay un cargo de **\$30.00** para citas del día si no da aviso de 24 horas. Llamar la mañana de cita o después de horas el día antes de su cita no califican como anticipación de 24 horas de y los **CARGOS DE CANCELACIÓN SE APLICARÁN.**
12. Un cargo de **\$ 25.00** será cobrado por cheques devueltos por fondos insuficientes, más los honorarios bancarios.
13. Nosotros cobramos **\$ 25.00** para procesar solicitudes de transferencia de registros médicos. Un cargo adicional puede ser cargado a través de una entidad separada para archivos de gran tamaño. Por favor, hable con un miembro de nuestro personal con respecto a los cargos estimados para copiar o transferir historiales médicos.
14. Si necesita formas completadas, distinto estado discapacidad formas, hay un cargo de **\$15.00** por formulario. El pagose hace cuando se entregan los formularios. Tenemos un plazo de 3 a 5 días para completar las formas. Si el formulario es necesitado antes de 3 días, hay un cargo adicional de **\$10.00.**
15. Aviso previo es necesario para todas las referencias que no sean de emergencia, normalmente de 3 a 5 días hábiles. Es su responsabilidad saber si el especialista seleccionado participa en su plan. Recuerde que su médico de atención primaria debe aprobar las referencias antes de ser emitido.
16. No todos los servicios prestados por nuestra oficina son cubiertos por cada plan. Cualquier servicio determinado que no es cubierto por su plan será su responsabilidad.

He leído y entendido esta política financiera y accedo a cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que sea exigible tal como se ha señalado anteriormente.

Imprimir nombre de paciente _____

Paciente / Tutor Firma: _____ Fecha: _____