



Steve V. Nguyen, MD Na, Dinh, MD Sergio Martínez, DO
 Amanda Rogan, PA Marilyne Etienne, PA Kelsey L. Calamaro PA-C
 5979 Vineland Road, Suite 101, Orlando, Florida 32819
 5555 E SR-44 Unidad 2, Wildwood, Florida 34785
 Teléfono: 407-355-3120 Fax: 407-355-3119

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Parte del cuerpo : Rodilla Cadera Izquierda Derecha

Dolor actual: (Sin dolor 0- 10 Dolor intenso) : ___/10 Peor dolor: ___/10

¿Cuánto tiempo lleva sintiendo dolor? _____

| Marque la casilla junto a los tratamientos que ha probado | | | ¿Te ayudó? |
|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | MEDICAMENTOS ANTIINFLAMATORIOS | Si es así, marque cuáles: Aspirina, Ibuprofeno, Naproxeno, Indometacina, Meloxicam, Otro: _____ | <input type="checkbox"/> SIN ALIVIO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SIGNIFICATIVO |
| <input type="checkbox"/> | INYECCIONES DE CORTISONA | Si es así, ¿cuántas veces? _____ Fecha de su última inyección: _____ | <input type="checkbox"/> SIN ALIVIO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SIGNIFICATIVO |
| <input type="checkbox"/> | INYECCIONES DE GEL | Si es así, ¿cuántas veces? _____ Fecha de su última inyección: _____ | <input type="checkbox"/> SIN ALIVIO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SIGNIFICATIVO |
| <input type="checkbox"/> | FISIOTERAPIA | Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo? _____ | <input type="checkbox"/> SIN ALIVIO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SIGNIFICATIVO |
| <input type="checkbox"/> | DISPOSITIVOS DE AYUDA PARA CAMINAR | Si es así, marque con un círculo cuál: Bastón, Andador, Muletas, Silla de ruedas | |
| <input type="checkbox"/> | RODILLERA | Si es así, marque con un círculo cuál: De venta libre o con receta | <input type="checkbox"/> SIN ALIVIO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SIGNIFICATIVO |
| <input type="checkbox"/> | INYECCIONES DE PRP/CÉLULAS MADRE | Si es así, ¿cuántas veces? _____ | <input type="checkbox"/> SIN ALIVIO <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> SIGNIFICATIVO |
| <input type="checkbox"/> | EJERCICIO EN CASA | ¿Qué tipo de ejercicio? _____ | |
| <input type="checkbox"/> | PÉRDIDA DE PESO | Si es así, ¿cuántas libras perdiste? _____ | |

| Marque la casilla junto a las cirugías que haya tenido en la parte del cuerpo. | Fecha | Nombre del cirujano |
|--|-------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ARTROSCOPIA (CIRUGÍA POR ODÓMETRO) | | |
| <input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE ARTICULACIONES | | |
| <input type="checkbox"/> ORIF PARA FRACTURA | | |
| <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | |

FIRMA: _____ FECHA : _____



Steve V. Nguyen, MD Na, Dinh, MD Sergio Martínez, DO
Amanda Rogan, PA Marilyne Etienne, PA Kelsey L Calamaro PA-C
5979 Vineland Road, Suite 101, Orlando, Florida 32819
5555 E SR-44 Unidad 2, Wildwood, Florida 34785
Teléfono: 407-355-3120 Fax: 407-355-3119

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Se siente inestable al estar de pie o caminando? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Siente preocupación por caerse? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Se ha caído en oportunidades pasadas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Se encuentra en silla de ruedas o confinado en su casa? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

FIRMA: _____ FECHA : _____



Steve V. Nguyen, MD Na, Dinh, MD Sergio Martínez, DO
Amanda Rogan, PA Marilyne Etienne, PA Kelsey L Calamaro PA-C
5979 Vineland Road, Suite 101, Orlando, Florida 32819
5555 E SR-44 Unidad 2, Wildwood, Florida 34785
Teléfono: 407-355-3120 Fax: 407-355-3119

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ N de Seguridad Social: _____ Estado civil: _____
Género: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____
Idioma preferido: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono de casa: _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____
Estatura: _____ Peso: _____

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

Nombre del médico: _____ N de teléfono: _____ N de fax: _____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto: _____
Relación con el paciente: _____ Teléfono móvil: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

- No se conocen alergias
- Si presento las siguientes alergias _____

HISTORIA FAMILIAR

- No hay antecedentes familiares conocidos
- ¿Algún pariente de sangre ha tenido alguno de los siguientes?

| | Sí | No | Relación | | Sí | No | Relación |
|---|----|----|----------|----------------------------------|----|----|----------|
| Abuso de alcohol | | | | Cardiopatía | | | |
| Enfermedad de Alzheimer | | | | Hipercolesterolemia | | | |
| Anemia | | | | Trastorno hipertensivo | | | |
| Trastorno de ansiedad | | | | Nefropatía | | | |
| Artritis | | | | Problema de hígado | | | |
| Asma | | | | Hipertermia maligna | | | |
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | | | | Neoplasia maligna del útero | | | |
| Prueba de detección de portadores de mutación BRCA1 | | | | Enfermedad neoplásica maligna | | | |
| Prueba de detección de portadores de mutación BRCA2 | | | | Tumor maligno de mama | | | |
| Problema de espalda | | | | Tumor maligno del cuello uterino | | | |
| Trastorno de la coagulación sanguínea | | | | Tumor maligno del colon | | | |
| Accidente cerebrovascular | | | | Tumor maligno del pulmón | | | |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | | | | Tumor maligno del ovario | | | |
| Demencia | | | | Trastorno mental | | | |
| Trastorno depresivo | | | | Migraña | | | |
| Diabetes mellitus | | | | Esclerosis múltiple | | | |
| Enfermedad del hígado | | | | Infarto de miocardio | | | |
| Trastorno del sistema cardiovascular | | | | Obesidad | | | |
| Trastorno del pulmón | | | | Osteoporosis | | | |
| Trastorno del sistema musculoesquelético | | | | Embolia pulmonar | | | |
| Trastorno del sistema nervioso | | | | Trastorno convulsivo | | | |
| Trastorno de la glándula tiroides | | | | Trastorno del sueño | | | |
| Carcinoma endometrial | | | | Abuso de sustancias | | | |
| Epilepsia | | | | Otro | | | |
| Dolor de cabeza | | | | | | | |

HISTORIA SOCIAL

Actividades de la vida diaria

- ¿Eres capaz de caminar?
 - Sí: Paseos sin restricciones
 - Sí: Paseos con dispositivos de asistencia.
 - Sí: movilidad limitada con dispositivos de asistencia; generalmente depende de la movilidad con ruedas.
 - No: Confinado a la silla
 - No: Independiente en silla de ruedas
 - No: Requiere ayuda mínima en silla de ruedas.
 - No: Depende de un ayudante que empuje la silla de ruedas.
 - No: No puedo caminar
 - No: No se puede iniciar la marcha
 - No: Postrado en cama

- ¿Cuál de tus manos es dominante?

Derecha

Izquierda

Bilateral

Consumo de sustancias

- ¿Fumas o has fumado alguna vez tabaco?

Nunca fumé

Ex fumador

Fumador cotidiano actual

Fumador actual desde hace algunos días

Fumador - estado actual desconocido

Se desconoce si alguna vez fumó

No tolerado

- ¿Consume o ha consumido alguna vez otras formas de tabaco o nicotina?

Sí

No

- ¿Cuál fue el día de su más reciente prueba de detección de tabaco?: _____

- ¿Se ha asesorado para dejar de fumar?

Sí

No

- ¿Cuál es su nivel de consumo de alcohol?

Ninguno

Ocasional

Moderado

Pesado

- ¿Consume alguna droga ilícita o recreativa?

Sí

No

- ¿Cuál es su nivel de consumo de cafeína?

Ninguno

Ocasional

Moderado

Significativo

- ¿Tiene usted un poder notarial médico?

Sí

No

HISTORIA QUIRÚRGICA

¿Qué operaciones se ha realizado en el pasado? Si es así, ¿cuándo?

HISTORIA DEL IMPLANTES

¿Alguna vez le han colocado un implante? Si es así, ¿cuál y cuándo?

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

¿Alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes síntomas?

| | Sí | No | | Sí | No |
|--|----|----|---|----|----|
| TDA/TDAH | | | Cardiopatía | | |
| SIDA/VIH | | | Problemas del corazón | | |
| Abuso/ Violencia doméstica | | | Hepatitis | | |
| Alergias/Fiebre del heno | | | Hernia | | |
| Anemia | | | Colesterol alto | | |
| Complicaciones de la anestesia | | | Hospitalizaciones | | |
| Trastorno de ansiedad | | | Hipertensión | | |
| Ansiedad/ Depresión | | | Hipertiroidismo | | |
| Artritis | | | Hipotiroidismo | | |
| Asma | | | Esterilidad | | |
| Trastorno del espectro autista (TEA) | | | Nefropatía | | |
| Enuresis | | | Cálculos renales | | |
| Defecto de nacimiento o enfermedad hereditaria | | | Enfermedad del hígado | | |
| Problemas de vejiga o riñones | | | Enfermedad pulmonar | | |
| Trastorno hemorrágico | | | Exposición a MRSA | | |
| Coágulo sanguíneo | | | Enfermedad de Ménière | | |
| Enfermedades de la sangre | | | Trastorno mental | | |
| Transfusión de sangre | | | Enfermedad mental | | |
| Cáncer de mama | | | Migrañas | | |
| Problema de los senos | | | Problemas musculares, articulares o óseos | | |
| EPOC | | | Obesidad | | |
| Cáncer | | | Ortesis | | |
| Varicela | | | Osteoporosis | | |
| Infecciones crónicas del oído | | | Otro | | |
| Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) | | | Cáncer de ovario | | |
| Constipación | | | Marcapasos | | |
| Arteriopatía coronaria | | | Enfermedad vascular periférica | | |
| Depresión | | | Pólipos | | |
| Trastornos del desarrollo o del comportamiento | | | Preeclampsia | | |
| Diabetes | | | Embolia pulmonar | | |
| Dificultad para tragar | | | Reflujo/ERGE | | |
| Diverticulitis | | | Artritis reumatoide | | |
| Problemas de oído o audición | | | Convulsiones/Epilepsia | | |
| Trastorno alimentario | | | Problemas de la piel | | |
| Eczema | | | Ataque | | |
| Endometriosis | | | Trombofilias | | |
| Fibromialgia | | | Problemas de tiroides | | |
| Problemas gastrointestinales | | | Tuberculosis | | |
| Gota | | | Úlceras | | |
| Dolores de cabeza | | | Varicosidades | | |
| Ataque al corazón (IM) | | | Problemas de visión o de los ojos | | |

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN Y TRATAMIENTO ASIGNACIÓN DE SEGURO Y AUTORIZACIÓN DE REGISTROS

Doy mi consentimiento para el examen y tratamiento que sea considerado necesario por sus médicos. También autorizo a Optimotion Orthopaedics a proporcionar información sobre mi historial médico relevante (incluyendo, pero sin limitarse a la información sumamente confidencial mencionada anteriormente) a cualquiera de las siguientes: otros proveedores de atención médica involucrados en mi cuidado, compañías de seguros, abogados y ajustadores. Por el presente, asigno a Optimotion Orthopaedics todos los pagos para los servicios médicos prestados a mi o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por el seguro.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para brindar servicios a una persona cuando se encuentra en un lugar diferente al del proveedor; y por el presente, doy mi consentimiento a las proveedores de Optimotion Orthopaedics para que me proporcione servicios de atención médica a través de la telemedicina. Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Como siempre, su asegurador tendrá acceso a sus registros médicos para fines de revisión y auditoría de la calidad. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que corresponda a mi visita de telemedicina. Comprendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a futuros cuidados o tratamientos. Puedo revocar mi consentimiento verbalmente o por escrito en cualquier momento comunicándose con Optimotion Orthopaedics al (407) 355-3120. Mientras este consentimiento esté vigente (no haya sido revocado), Optimotion Orthopaedics puede brindarme servicios de atención médica a través de la telemedicina sin necesidad de que firme otro formulario de consentimiento.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo _____, autorizo a Optimotion Orthopaedics a divulgar cualquier o toda mi información de salud como paciente, incluida la información sumamente confidencial, a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación. (Ejemplo: El cónyuge o un familiar puede estar involucrado en consultas de facturación y seguros o recargas de medicamentos.)

Firma: _____ Fecha: _____

| Nombre | Relación al paciente | Teléfono |
|--------|----------------------|----------|
| | | |
| | | |

AVISO DE PRIVACIDAD

Inspección y Copia de su información de Salud Protegida (PHI): Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su atención médica, con excepción de las notas de psicoterapia. Si desea ver o copiar su información médica, debe presentar su solicitud por escrito al Coordinador del Sitio de Privacidad o al Oficial de Privacidad de Optimotion Orthopaedics. Si solicita copias de información, el costo será de \$1.00 por página para las primeras 25 páginas y luego \$0.25 por página. También puede acceder a sus registros de paciente a través de su portal de paciente sin costo alguno.

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la información de Salud (HIPAA), los pacientes de Optimotion Orthopaedics tienen derecho a la privacidad en lo que respecta a su información relacionada con la salud, según lo establecido en la ley aplicable. Optimotion Orthopaedics se esforzará por garantizar que la información del paciente se utilice solo para fines autorizados para el paciente y según lo exija la ley. A solicitud, podemos proporcionarle una copia completa de nuestras Políticas de Privacidad.

Además, las pacientes tienen derecho a revisar sus expedientes médicos y presentar comentarios sobre los mismos durante el horario comercial habitual, previo aviso razonable. Por favor, revise nuestra Notificación Completa de Prácticas de Privacidad en nuestro sitio web en www.optimotion.com o en nuestras ubicaciones de clínica.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Si no puede asistir a su cita, le pedimos amablemente que avise con al menos 24 horas de antelación para evitar un cargo de \$25.00 por la falta de asistencia.

Los copagos, deducibles y seguros se recolectan antes del tratamiento. Si el pago se recibe al momento de recibir los servicios, el paciente recibirá 3 estados de cuenta con respecto al saldo pendiente. Si su cuenta sigue estando atrasada, su cuenta será enviada a una agencia de cobros.

Firma: _____

Fecha: _____