

**YOUR APPOINTMENT WILL BE AT:**

**ST. JOSEPH HERITAGE MEDICAL GROUP**

**2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301**

**Santa Ana, CA 92705**

**Orange Orthopedic Medical Group**  
**FORMA DE REGISTRASION**

|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Fecha:                                                  |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| <b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Apellido:                                               |  | Primer Nombre:               |                                   | Fecha de nacimiento: Estado Civil:(circule uno) |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   | / / Solo / Casado / Div / Sep / Viudo           |                                                       |
| Domicilio:                                              |  |                              | Seguro Social:                    |                                                 | Sexo:                                                 |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Ciudad:                                                 |  | Estado:                      | Codigo Postal:                    |                                                 | Numero de Licencia:                                   |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Telefono:                                               |  | Celular:                     | Correo Electronico:               |                                                 |                                                       |
| ( )                                                     |  | ( )                          | @                                 |                                                 |                                                       |
| Ocupacion:                                              |  | Trabajo:                     |                                   | Trabajo Telefono:                               |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Farmacia:                                               |  | Domicillo:                   |                                   | Telefono:                                       |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   | ( )                                             |                                                       |
| <b>ESPOSO/A O SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, OTRO PADRE</b> |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Apellido:                                               |  | Primer Nombre:               |                                   | Fecha de nacimiento: Telefono:                  |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   | / / ( )                                         |                                                       |
| Domicilio:                                              |  |                              |                                   | Seguro Social:                                  | Sexo:                                                 |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Ciudad                                                  |  | Estado:                      | Codigo Postal:                    |                                                 | Relacion al paciente:                                 |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| <b>INFORMACION DE ASEGURANSA</b>                        |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Persona responsable del bill:                           |  | Fecha de Nacimiento:         | Domicillo:                        |                                                 | Telefono:                                             |
|                                                         |  | / /                          |                                   |                                                 | ( )                                                   |
| Aseguransa Primaria:                                    |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Nombre de Subscriptor:                                  |  |                              | Seguro Social:                    |                                                 | Fecha de Nacimiento:                                  |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Relacion al paciente:                                   |  | <input type="checkbox"/> Ser | <input type="checkbox"/> Esposo/a | <input type="checkbox"/> Hijo/a                 | <input type="checkbox"/> Otro                         |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Aseguransa secundaria:                                  |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Nombre de Subscriptor:                                  |  |                              | Seguro Social:                    |                                                 | Fecha de Nacimiento:                                  |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Relacion al paciente:                                   |  | <input type="checkbox"/> Ser | <input type="checkbox"/> Esposo/a | <input type="checkbox"/> Hijo/a                 | <input type="checkbox"/> Otro                         |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| <b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>                            |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Nombre de amigo/a o un pariente (no viviendo en casa):  |  |                              | Relacion al paciente:             |                                                 | Telefono:                                             |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 | ( )                                                   |
| Domicillo:                                              |  | Ciudad                       |                                   | Estado                                          | Codigo Postal                                         |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| <b>DOCTOR DE CABESERA</b>                               |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
| Nombre/numero                                           |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |
|                                                         |  |                              |                                   |                                                 |                                                       |

Autorizo la liberación de información médica necesaria para procesar reclamos al seguro. Autorizo pago de beneficios médicos Orange Orthopedic Medical Group,Inc.

\_\_\_\_\_  
Signature

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

- Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D.
- Paul A. Beck, M.D. ● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D.
- Elizabeth McKinley, PA-C ● Sarah Hood, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301  
Santa Ana, CA 92705  
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

## FORMA BE GARANTIA DE ELEGIBILIDAD

### ☐ **PACIENTES SIN SEGURO:**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente certifico que **no** tengo seguro  
(*Imprimir el nombre claramente*)

y acepto pagar en su totalidad todos los servicios, el día en que se prestan. Soy consciente de que el pago se puede hacer en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. (*Firma abajo*)

### ☐ **PACIENTES CON SEGURO:**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente certifico que no tengo seguro  
(*Imprimir el nombre claramente*)

Después de la compañía de seguros de salud, \_\_\_\_ Si tengo un seguro HMO, he elegido a St. Joseph Hospital Affiliated Physicians como mi grupo médico. También certifico que he elegido a Dr. \_\_\_\_\_ para ser mi proveedor médico. Entiendo que si lo anterior no es cierto o si no soy elegible bajo los términos de mi Acuerdo médico y de suscriptor, soy responsable de todos y cada uno de los cargos por los servicios prestados. Además, si lo anterior no es cierto, acepto pagar en su totalidad todos los servicios prestados dentro de los treinta días posteriores a la recepción de una factura del médico mencionado anteriormente. También acepto informar al proveedor de cualquier cambio en mi información personal (dirección, número de teléfono, etc.) o mi cobertura médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Miembro

\_\_\_\_\_  
Verificado por

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\*Facturar a su compañía de seguros o compañía de compensación laboral es una cortesía que nuestra oficina se complace en extenderle. Si por alguna razón no recibimos el pago de ninguna fuente externa, el paciente es responsable del saldo en su totalidad.\*\***

# Cuestionario médico confidencial para pacientes

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Actividades Recreativas: \_\_\_\_\_

**Cirugías anteriores: (lista de cirugía y fecha)**

O Ninguno

**Hospitalizaciones anteriores: (enumere el motivo y la fecha)**

O Ninguno

**Medicamentos: (nombre de la lista, dosis y cuántas veces se toman / día)**

O Ninguno

**Alergias: (enumere los medicamentos y la reacción causada)**

O Ningunos    alergias

**Historia médica PASADA de uno mismo y de la familia**

(Por favor, rellene los círculos completamente)

|                          |                               |                          |                             |                             |                                |                                     |                                     |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Anemia                   | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Arthritis                | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Asma                     | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Problemas de sangrado    | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Coágulos de sangre       | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Cancer                   | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Problemas de circulación | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Diabetis                 | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Enfisema                 | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Tipo de arthritis-Gota   | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Enfermedad cardíaca      | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Hepatitis                | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Presión arterial alta    | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Colesterol Alto          | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| VIH/SIDA                 | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Problemas de riñón       | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Desordenes mentales      | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Marcapasos               | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Pulmonia                 | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Embolo pulmonary         | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Artritis reumatojde      | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Ataques Epilepticos      | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Dolores de cabeza severa | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Apnea de sueflo          | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Problemas del estOmago   | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |
| Ataque Cerebral          | <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Yo | <input type="radio"/> Madre | <input type="radio"/> Padre | <input type="radio"/> Hermanos | <input type="radio"/> Lado de Madre | <input type="radio"/> Lado de Madre |

# Revisión actual del cuestionario médico de sistemas

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## General

Aumento de peso ☐ Si ☐ No  
Fiebre ☐ Si ☐ No  
Sudores nocturnos ☐ Si ☐ No  
Pérdida de peso inexplicable ☐ Si ☐ No

## ENT

Discapacidad auditiva ☐ Si ☐ No  
Zumbido en los oídos ☐ Si ☐ No  
Sensibilidad en el cuero cabelludo ☐ Si ☐ No

## Sistema Nervioso

Jaqueca ☐ Si ☐ No  
debilidad, entumecimiento,  
hormigueo ☐ Si ☐ No  
Mareos ☐ Si ☐ No

## Corazón / Circulatorio

Hipertensión ☐ Si ☐ No  
Dolor torácico ☐ Si ☐ No  
Palpitaciones ☐ Si ☐ No  
Marcapasos ☐ Si ☐ No  
Ataque cardíaco/insuficiencia  
cardíaca ☐ Si ☐ No

## Respiratorio

Asma ☐ Si ☐ No  
Enfermedad pulmonar ☐ Si ☐ No  
Dificultad para respirar ☐ Si ☐ No

## Sistema Digestivo

Enfermedad ulcerosa ☐ Si ☐ No  
Diarrea ☐ Si ☐ No  
Vómitos/náuseas ☐ Si ☐ No  
Estreñimiento ☐ Si ☐ No  
Hepatitis ☐ Si ☐ No  
Dolor abdominal ☐ Si ☐ No  
Reflujo /Acidez ☐ Si ☐ No

## Genitourinario

Infección del tracto urinario ☐ Si ☐ No  
Sangrado urinario ☐ Si ☐ No  
Menstruación alterada ☐ Si ☐ No  
Micción incontrolada ☐ Si ☐ No  
Nefropatía ☐ Si ☐ No

## Sangre

Trastorno hemorrágico ☐ Si ☐ No  
Glándulas inflamadas ☐ Si ☐ No  
Anemia ☐ Si ☐ No  
Tumores/enfermedades  
sanguíneas ☐ Si ☐ No

## Musculoesquelético

Rigidez articular ☐ Si ☐ No  
Dolor en las articulaciones ☐ Si ☐ No  
Dolor de espalda ☐ Si ☐ No  
Fractura ósea previa ☐ Si ☐ No  
Otras limitaciones físicas ☐ Si ☐ No

## Psicología

Depresión ☐ Si ☐ No  
Alto nivel de estrés ☐ Si ☐ No  
Cambio de humor ☐ Si ☐ No  
Ataques de pánico ☐ Si ☐ No

## Endocrinología

Diabetes ☐ Si ☐ No  
Enfermedad de la tiroide ☐ Si ☐ No  
Enfermedad hormonal ☐ Si ☐ No

## Neurología

Derrame cerebral ☐ Si ☐ No  
Ataque Epilepticos ☐ Si ☐ No  
Dificultades de Gota ☐ Si ☐ No

## Dermatología

Sarpullido ☐ Si ☐ No  
Ronchas ☐ Si ☐ No  
Masa/Tumores ☐ Si ☐ No

## Antecedentes familiares

Madre aún viva ☐ Si ☐ No  
El padre aún vive ☐ Si ☐ No  
¿Tienes hijos?

- ☐ No
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ More than 4: \_\_\_\_\_

## Historia Social

Vive Solo ☐ Si ☐ No  
☐ Con cónyuge  
☐ Con niños  
☐ Con Otro  
¿Trabajas ☐ Si ☐ No  
☐ Full Time  
☐ Part Time

Ejercicio ☐ Si ☐ No  
☐ 1-3x/week  
☐ 4-7x/week

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

- Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D.
- Paul A. Beck, M.D. ● Andres Taleisnik, M.D. ● Ehsan Saadat, M.D.
- Elizabeth McKinley, PA-C ● Sarah Hood, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301  
Santa Ana, CA 92705  
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

## **Plan de asociación con pacientes**

**Estimado paciente,**

Bienvenido a nuestra práctica. Tenemos la intención de brindarle la atención y el servicio que espera y merece. Logrando su **La mejor salud posible** requiere una "asociación" entre usted y su médico. Como nuestro "socio en salud", le pedimos que nos ayude de las siguientes maneras:

### **Asistir a las citas de seguimiento y reprogramar las citas perdidas**

Entiendo que mi médico querrá saber cómo progresa mi condición después de que salga de la oficina. Regresar a mi médico a tiempo le da la oportunidad de verificar mi condición y mi respuesta al tratamiento. Durante una cita de seguimiento, mi médico podría ordenar pruebas, derivarme a un especialista, recetarme medicamentos o incluso descubrir y tratar una afección de salud grave. Si falto a una cita y no reprograma, corro el riesgo de que mi médico no pueda detectar y tratar una afección de salud grave. Haré todo lo posible para reprogramar las citas perdidas lo antes posible

### **Llame a la oficina cuando no escuche los resultados de los análisis de laboratorio y otras pruebas**

Entiendo que el objetivo de mi médico es informarme los resultados de mi laboratorio, escaneo y / o prueba lo antes posible. Sin embargo, si no recibo noticias del consultorio de mi médico dentro de 1 semana después de hacerme la prueba, llamaré a la oficina para obtener los resultados de mi prueba.

### **Informe a mi médico si decido no seguir su plan de tratamiento recomendado**

Entiendo que después de examinarme, mi médico puede hacer ciertas recomendaciones basadas en lo que él siente que son mejores para mi salud. Esto podría incluir recetarme medicamentos, referirme a un especialista, ordenar laboratorios y pruebas, o incluso pedirme que regrese a la oficina dentro de un cierto período de tiempo. Entiendo que no seguir mi plan de tratamiento puede tener graves efectos negativos en mi salud. Le informaré a mi médico cada vez que decida no seguir sus recomendaciones para que pueda informarme completamente de cualquier riesgo asociado con mi decisión de retrasar o rechazar el tratamiento.

### **Base de datos de Open Payments**

"La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Gracias por su colaboración. Como nuestro paciente, usted tiene derecho a ser informado sobre su atención médica. Lo invitamos, en cualquier momento, a hacer preguntas, informar síntomas o discutir cualquier inquietud que pueda tener.

Si necesita más información sobre su salud o condición, por favor pregunte.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Firma del Doctor

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

- Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D.
- Paul A. Beck, M.D. ● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D.
- Elizabeth McKinley, PA-C ● Sarah Hood, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301  
Santa Ana, CA 92705  
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

**POR FAVOR, LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN**

## Protocolo de prescripción de medicamentos y formulario de responsabilidad del paciente

Debido al aumento de la vigilancia y los requisitos de la Agencia de Control de Drogas y la Junta Médica de California, Orange Orthopedic Medical Group, Inc. ha adoptado algunos estándares de política profesional para pacientes, médicos y personal con respecto a la prescripción y renovación de medicamentos.

Los medicamentos narcóticos no se dispensarán a ningún paciente sin la aprobación de uno de los cirujanos ortopédicos mencionados anteriormente.

**Las solicitudes de resurtido de medicamentos solo serán aceptadas por las solicitudes de farmacia por fax con 72 horas de anticipación.**

NO se otorgarán resurtidos por solicitudes de pacientes.

Las recargas de medicamentos no estarán disponibles después del horario de oficina, fines de semana o días festivos.

Los pacientes sin cita previa no otorgarán resurtidos de medicamentos sin la autorización previa por escrito de uno de los cirujanos ortopédicos mencionados anteriormente.

Todos los medicamentos dispensados al paciente son responsabilidad de los pacientes y deben tomarse según las indicaciones del médico que prescribe. No se otorgarán resurtidos para los pacientes que faltaron a su última cita programada o que no han sido vistos en los últimos 6 meses.

Creemos que este protocolo no solo mejorará los problemas de seguridad con los medicamentos para los pacientes, sino que también confirmará la mejora de los estándares profesionales y éticos en la prestación de atención médica de calidad.

## Consentimiento de RX History

Doy permiso para que Orange Orthopedic Medical Group, Inc vea mi historial de medicamentos externos

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Miembro

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión

### **Llamadas de pacientes devueltos**

Debido a los horarios ocupados de la clínica y la cirugía de los médicos, espere 2 días hábiles para todas las llamadas / preguntas de pacientes devueltos que le queden a su médico. Se harán excepciones para situaciones de emergencia.

Yo \_\_\_\_\_ entender y estar de acuerdo con las instrucciones que me dio OOMG, Inc.,  
(Nombre en molde)

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

- Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D.
- Paul A. Beck, M.D. ● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D.
- Elizabeth McKinley, PA-C ● Sarah Hood, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301  
Santa Ana, CA 92705  
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

## Correo de voz o mensajes de correo electrónico

Puede haber ocasiones en que nuestra oficina no pueda comunicarse con usted por teléfono. Con su permiso, nos gustaría poder dejar mensajes en su correo de voz o correo electrónico. Para cumplir con las estrictas normas legales, una autorización por escrito nos permitirá dejar un mensaje en su correo de voz o permitírnos enviarle un correo electrónico. Al firmar a continuación, nos autoriza a comunicarnos con usted por correo electrónico o correo de voz.

Número de teléfono de contacto preferido (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico preferida \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DESIGNADA PARA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA

Algunos pacientes prefieren que otros individuos, especialmente miembros de la familia, son permitidos acceso a su información médica. Para conformarse con estándares legales estrictos, una liberación escrita es requerida a permitir otro acceso de persona a sus historiales medicos.

Esta liberación les otorga permiso a individuos listaron abajo a: Haga o confirme las citas, tiene acceso para radiografiar y conclusiones de laboratorio, recoger medicinas de muestra, enterandose de su diagnóstico, del pronóstico, y de planes de tratamiento, y sirve como su contacto de emergencia. Este permiso aplica para telefonar y mensajes de contestador así como otros medios de comunicación.

1. Persona Designada: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. Persona Designada: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO de HIPAA

He sido dado la oportunidad de leer la Nota de HIPAA de Prá.cticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud situó en la sala de espera. He sido dado una copia de la Nota de HIPAA de Prá.cticas de Intimidad para la Información Protegida de la Salud.

Fichado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente (molde): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, indique la relación

☐ Padre o tutor del paciente menor

☐ Tutor o curador de un paciente incompetente

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nuestros médicos deben obtener la información que se enumera a continuación para cumplir con los requisitos del programa Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA), que fue implementado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Es un programa instituido para cambiar fundamentalmente la forma en que Estados Unidos evalúa y paga la atención médica.

**POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE:**

**¿Tiene un PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA AVANZADO/DIRECCIONES ANTICIPADAS? (marque una)**

- ☐ NO
- ☐ Si

**IF SI:**

- ☐ No resucitar
- ☐ Poder notarial duradero para atención médica
- ☐ Testamento vital
- ☐ No hay sustituto para la toma de decisiones
- ☐ El paciente se negó a discutir la planificación anticipada de la atención.
- ☐ Tomador de decisiones sustituto

**USO DE TABACO: (marque una)**

***SI ES ASÍ: ¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos?***

- ☐ Fumador Actual
- ☐ Ex fumador
- ☐ Nunca fumé
- ☐ Utiliza tabaco en otras formas
- ☐ Todos los días
- ☐ Algunos días, pero no todos los días.

**¿Cuántos cigarrillos fumas al día?**

**¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarrillo?**

- ☐ 5 o menos
- ☐ 6-10
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31- más
- ☐ dentro de 5 minutos
- ☐ 6-30 minutos
- ☐ 31-60 minutos
- ☐ After 60 minutos

**IF SI: ¿ESTÁS INTERESADO EN DEJAR DE FUMAR? (marque una)**

- ☐ Listo para dejar de fumar
- ☐ Estoy pensando en dejarlo
- ☐ No estoy listo para renunciar

**SI ANTIGUO FUMADOR: ¿CUÁNTO TIEMPO HA SIDO DESDE QUE USTED FUMÓ POR ÚLTIMO? (POR FAVOR CIRCULAR UNO)**

- ☐ Menos de un mes
- ☐ 1-3 meses
- ☐ 3-6 meses
- ☐ 6-12 meses
- ☐ 1-5 años
- ☐ 5-10 años
- ☐ Más de 10 años

**\*Para su información, el uso de tabaco puede retrasar la curación y se recomienda dejar de fumar.**

**USO DE ALCOHOL: (marque una)**

**¿Tomó usted alguna bebida que contenía alcohol durante el último año?**

- ☐ NO
- ☐ Si

**SI ES ASÍ: ¿CON QUÉ FRECUENCIA? (marque una)**

- ☐ Nunca
- ☐ Mensual o menos
- ☐ 2-4 veces al mes
- ☐ 2-3 veces por semana
- ☐ 4 o más veces a la semana

**SI ES ASÍ: ¿Cuántas bebidas bebiste en un día típico durante el último año? (marque una)**

- ☐ 1-2
- ☐ 3-4
- ☐ 5-6
- ☐ 7-9
- ☐ 10 or more.

**SI ES ASÍ: ¿Con qué frecuencia bebió 6 tragos o más en una ocasión durante el año pasado? (marque una)**

- ☐ Nunca
- ☐ Mensual
- ☐ Diario o casi diario
- ☐ Menos de mensual
- ☐ Semanalmente

**\* Para su información, el uso de alcohol puede elevar su presión arterial.**

# Orange Orthopedic Medical Group, Inc.

- Eric W. Lee, M.D. ● Ayaz A. Biviji, M.D. ● Jeffrey Sodl, M.D. ● Nikita Bezrukov, M.D.
- Paul A. Beck, M.D. ● Andres Taleisnik, M.D ● Ehsan Saadat, M.D.
- Elizabeth McKinley, PA-C ● Sarah Hood, PA-C

2212 E 4<sup>th</sup> Street, Suite 301  
Santa Ana, CA 92705  
(714)538-8549 Fax (714)538-1547

## **Disability & Insurance Claim Form Policy**

Los formularios de reclamo de seguro y discapacidad se completan por orden de llegada. Cada formulario tiene una fecha estampada cuando se recibe. Luego se procesan en ese orden.

El período normal de procesamiento de estos formularios es de siete a diez (7-10) **días hábiles**. Este período de tiempo nos permite obtener el dictado del médico para obtener un estado de discapacidad preciso. State Disability tiene un proceso en línea para presentar reclamos por discapacidad. Consulte la página siguiente para obtener instrucciones.

Para los pacientes que tienen un formulario de “Regreso al trabajo” y regresan a trabajar el mismo día de su evaluación, podremos completar el formulario al final del día.

Informe a la recepción si tiene algún formulario que deba completarse cuando se registre para su cita. Si desea que le enviemos su formulario por correo, proporciónenos un sobre con su dirección y sello.

Nuestra oficina requiere que los pacientes paguen una tarifa, **por adelantado**, por cada formulario de discapacidad/seguro/trabajo que se nos presente para completar.

Fee Schedule:

|                         |                      |             |
|-------------------------|----------------------|-------------|
| <b>Misc Forms</b>       | <b>1-2 Pages</b>     | <b>\$12</b> |
|                         | <b>3-5 Pages</b>     | <b>\$20</b> |
|                         | <b>6 pages +</b>     | <b>\$25</b> |
| <b>State Disability</b> | <b>Initial Claim</b> | <b>\$20</b> |
|                         | <b>Extension</b>     | <b>\$12</b> |
| <b>Paper or Online</b>  |                      |             |

Aunque nuestra oficina estará más que feliz de completar sus formularios de discapacidad/seguro/trabajo, en última instancia, es responsabilidad del paciente conocer y comprender los requisitos y la política de discapacidad de su empleador.

**He leído y entiendo la política anterior.**

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**

---

**Imprima el nombre del paciente**

\* Como cortesía, hemos incluido instrucciones para presentar reclamos estatales por incapacidad en línea en la página siguiente.

# SDI Online Tips

Are you unable to work because of a pregnancy, non-work-related disability or need to bond with a new child, care for an ill family member, or assist a military family member? Use SDI Online to apply for Disability Insurance (DI) or Paid Family Leave (PFL) benefits!

## Get Started Today!

### Create Your myEDD Account

If you already have a myEDD account, you may skip this step.

- Visit [myEDD](https://myedd.edd.ca.gov) ([myedd.edd.ca.gov](https://myedd.edd.ca.gov)) and select **Create Account**.
- Enter a personal email and create a password.
- Select your preferred language and accept our terms and conditions.
- Check your email. Select the unique link within 48 hours to complete the process or you'll need to start over.

Make sure to check your spam folder if you don't see this message in your inbox.

### Register in SDI Online

Log in to myEDD and select **SDI Online** to begin registration.

- Select the **Register as a Claimant** link.
- Enter all required information such as legal name and date of birth as it appears on your California Driver's license (CDL) or identification (ID) card.
- Select **Submit** and save your EDD Customer Account Number for future reference.

You will need to file by mail if you do not have a CDL or ID.

### File Your DI or PFL Claim

Log in to myEDD and select **SDI Online** to get started.

- Select **New Claim**.
- Select the appropriate link to apply for DI or PFL benefits.
- Enter all required information including your employer's details, last date worked, wages received after you stopped working, and any workers' compensation information, if applicable.
- Review the information you entered and select **Submit**.
- After submitting your claim, a confirmation page will display. Save your receipt number and follow the instructions to complete your DI or PFL claim.

### What's Next?

DI claims require a medical certification for your disability. Provide your receipt number to your [licensed health professional](https://edd.ca.gov/en/Disability/Physicians-Practitioners) ([edd.ca.gov/en/Disability/Physicians-Practitioners](https://edd.ca.gov/en/Disability/Physicians-Practitioners)).

Care claims require a completed Claim for Paid Family Leave (PFL) Care Benefits (DE 2501FC) uploaded to the claim. The licensed health professional can complete their certification through SDI Online or by using the DE 2501FC.

Bonding claims require proof of relationship documentation:

- Child's birth certificate.
- Foster care placement record.
- Adoptive Placement Agreement.
- New mothers transitioning from a DI pregnancy claim do not need to submit proof of relationship documentation.

Military Assist claims require supporting military documentation:

- Covered active duty orders.
- Letter of impending call or order to covered duty.
- Documentation of leave for Rest and Recuperation.
- Documentation of the qualifying events.

After you upload all necessary documents, we will review your claim and notify you of approval or denial within 14 days.

For additional help with your SDI Online account, view the [SDI Online Tutorials](https://edd.ca.gov/en/disability/SDI_Online_Tutorials/) ([edd.ca.gov/en/disability/SDI\\_Online\\_Tutorials/](https://edd.ca.gov/en/disability/SDI_Online_Tutorials/)).