



Formulario de historial médico del paciente

Departamento de Cirugía Ortopédica
Temple University

Nombre:		Fecha de hoy:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Ocupación:	
Dolencia principal		Fecha de la lesión/del problema:	
¿Lesión relacionada con el trabajo	Sí	No	Comentarios

Cirugías previas (Marque todas las opciones que correspondan e indique la fecha de la cirugía. Agregue abajo cualquier comentario.)

✓	Tipo de cirugía	Fecha	✓	Tipo de cirugía	Fecha
	Cirugía abdominal			Cirugía por fractura del húmero (brazo)	
	Cirugía por fractura del tobillo			Reemplazo de articulación	
	Cirugía de espalda			Artroscopia de rodilla	
	Cirugía de túnel carpiano			Cirugía de rodilla	
	Cirugía por fractura del codo			Cirugía de laminectomía (columna vertebral)	
	Cirugía por fractura del fémur (muslo)			Cirugía de hombro	
	Cirugía por fractura del pie			Fusión espinal	
	Cirugía del pie			Cirugía por fractura de la muñeca	
	Cirugía de la mano			Otra:	
	Cirugía cardíaca			Otra:	
	Cirugía de cadera			Otra:	
Comentarios:					

Problemas médicos actuales o anteriores (Marque todas las opciones que correspondan. Agregue abajo cualquier comentario.)

✓		✓		✓	
	Arritmia cardíaca		Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)		Neumonía
	Ansiedad		Depresión		Artritis reumatoide
	Artritis		Diabetes mellitus		Úlcera de estómago
	Asma		Gota		Accidente cerebrovascular
	Coágulos de sangre		Ataque cardíaco		Disfunción tiroidea
	Fracturas/Huesos rotos		Hepatitis		Otra:
	Cáncer		Presión arterial alta		Otra:
	Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)		Enfermedad renal		Otra:
Comentarios:					

Antecedentes familiares (Marque todas las opciones que correspondan e indique la relación de parentesco.)

✓		Miembro de la familia	✓		Miembro de la familia
	Artritis			Enfermedad del corazón	
	Coágulos sanguíneos			Osteoporosis	
	Cáncer			Accidente cerebrovascular	
	Diabetes			Muerte súbita	
Trastorno de los huesos o de las articulaciones (especifique):					
Otro (por favor especifique):					

Antecedentes sociales (Complete las siguientes secciones.)

Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	¿Vive solo?	Sí	No
--------------	---------	--------	------------	-------	-------------	----	----

¿Consume alcohol?	Sí	No	Vasos de vino por semana	Latas de cerveza por semana	Medidas de bebidas alcohólicas por semana	Bebidas con 0.5 oz de alcohol por semana
Comentarios:						

Consumo de drogas	Sí	No	¿Con qué frecuencia por semana?	Marihuana	Metanfetaminas	Cocaína	Heroína	Otra - Ver comentarios
Comentarios:								

¿Ha fumado alguna vez?	Sí	No	Núm. de años	Núm. de paquetes por día:	¿Ha dejado de fumar?	Sí	No	Fecha
------------------------	----	----	--------------	---------------------------	----------------------	----	----	-------

¿Consume tabaco sin humo?	Sí	No	¿Ha dejado de consumir tabaco sin humo?	Sí	No	Fecha:
---------------------------	----	----	---	----	----	--------

Otra

Indique toda alergia o reacción a los medicamentos:

Indique qué deporte, ejercicio o actividad física realiza:	¿Con qué frecuencia?
--	----------------------

Indique todo problema congénito o de desarrollo:
--

¿Cuál es su mano dominante?	Izquierda	Derecha	Ambas
-----------------------------	-----------	---------	-------

Mujeres (únicamente)

Edad a la primera menstruación:	¿Menstrúa regularmente?	Sí	No	Edad a la menopausia:
---------------------------------	-------------------------	----	----	-----------------------

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Temple Orthopaedics and Sports Medicine

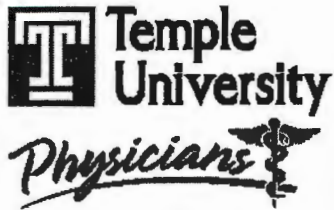
REVIEW OF SYSTEMS - REVISION DE SISTEMAS

Patient's Name / Nombre del paciente: _____

If you have any of these symptoms, check "yes" and circle the symptom. If not check "no"

Por favor marque "sí" de tener alguno de estos síntomas y haga un círculo alrededor del mismo. De no tenerlos, escoja NO.

General (fatigue, weakness, weight loss, fevers) Sistema en general (cansancio, debilidad, pérdida de peso, fiebre)	YES / SÍ	NO
Allergies/ Immunologic (frequent infections, hives) Alergias/ Inmunológico (infecciones frecuentes, ronchas)	YES / SÍ	NO
Skin (rash, ulcer, dryness, nail changes) Piel (sarpullido, úlceras, resequedad, cambios en las uñas)	YES / SÍ	NO
Eyes (blurred vision, redness, tearing, glasses) Ojos (visión borrosa, enrojecimiento, lagrimeo, espejuelos)	YES / SÍ	NO
ENT (impaired hearing, ringing, sore throat) Ojos, nariz, garganta (impedimento auditivo, zumbido, dolor de garganta)	YES / SÍ	NO
Pulmonary (shortness of breath, coughing, wheezing) Pulmonar (dificultad para respirar, tos, sibilancia)	YES / SÍ	NO
Cardiovascular (chest pain, palpitations, ankle swelling) Cardiovascular (dolor de pecho, palpitaciones, edema (hinchazón) de los tobillos)	YES / SÍ	NO
Genital (discharge, irregular menses, etc.) Genital (secreciones, menstruación irregular, etc.)	YES / SÍ	NO
Urinary (pain, frequency, incontinence, bleeding) Urinario (dolor, frecuencia, incontinencia, sangrado)	YES / SÍ	NO
Neurologic (headaches, dizziness, weakness, numbness) Neurológico (dolor de cabeza, mareos, debilidad, adormecimiento)	YES / SÍ	NO
Endocrine (heat/cold intolerance, blood sugar) Endocrino (intolerancia al frío o al calor, azúcar en la sangre)	YES / SÍ	NO
Hematologic / Lymphatic (lymph nodes, bleeding problems, clots) Hematológico / Linfático (nódulos linfáticos, problemas de sangrado, coágulos)	YES / SÍ	NO
Psychiatric (depression, anxiety) Psiquiátricos (depresión, ansiedad)	YES / SÍ	NO
Gastrointestinal (nausea, vomiting, stomach pain, heartburn, diarrhea) Gastrointestinal (nausea, vómitos, dolor de estómago, acidez, diarrea)	YES / SÍ	NO
ALLERGIES TO MEDICATIONS (Please print) ALERGIAS A MEDICAMENTOS (Por favor use letra de imprenta):		



Recibo de Notificación de Practicas de Privacidad

Esto es para reconocer que recibí copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de Temple University Physicians.

Nombre:	Fecha:
Firma:	

No se obtuvo la firma porque:

<input type="checkbox"/> Paciente se negó firmar	<input type="checkbox"/> Paciente no pudo firmar porque:
TUP Employee's Signature (required only if patient's signature could not be obtained):	Fecha:

Interpreter's Statement

He interpretado la información y las recomendaciones formuladas verbalmente al paciente por el medico que obtienen este consentimiento, así como también, las preguntas realizadas por el paciente del medico o el personal medico. También he elido a dicho paciente of le he hecho una traducción a la vista del formulario de consentimiento redactado en _____ (idioma). A mi leal saber y entender, comprendio esta interpretación.

Interprete:	Fecha:
Firma del/de la paciente:	Fecha:

Departamento de Cirugía Ortopédica y Medicina del Deporte
Temple University Physicians
Política sobre prescripción de medicamentos narcóticos

Debido a la tasa de dependencia y abuso de narcóticos en aumento en todo el país, el Departamento de Cirugía Ortopédica y Medicina del Deporte de Temple University ha elaborado una política sobre la prescripción de medicamentos narcóticos que limita el uso de estos fármacos conforme a las pautas desarrolladas por nuestro seguro, la Administración para el Control de Drogas (DEA) y la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos. Lea atentamente este documento puesto que esta política se aplicará de manera estricta.

1. Los médicos de nuestro departamento recetarán analgésicos narcóticos (opioides) para el dolor agudo relacionado con su cirugía. La concentración y la duración de la medicación será a criterio del cirujano. No se recetarán medicamentos de liberación prolongada o sostenida. Si continúa necesitando ayuda para el control del dolor después de haber terminado su ciclo de tratamiento, deberá ponerse en contacto con su médico de atención primaria o solicitar ser referido a un especialista en tratamiento del dolor.
2. En caso de que se haya recomendado un plan de tratamiento no operatorio, el médico de atención primaria o el especialista no quirúrgico al que lo hayan referido puede ofrecerle tratamiento del dolor.
3. Nuestros médicos están obligados por ley a acceder al sitio web del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados del Departamento de Salud de Pensilvania antes de recetar cualquier sustancia controlada, ya sea opioide o narcótica. Si descubrimos que usted recibe analgésicos narcóticos de más de un médico, nuestro departamento suspenderá de inmediato la prescripción de tal medicamento y usted podría ser retirado de nuestros servicios.
4. En caso de sospecha de abuso de narcóticos, no se emitirán más recetas de analgésicos narcóticos. En caso de abuso de narcóticos documentado, no se emitirán más recetas y usted podría ser retirado de nuestros servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor o financiar su tratamiento para las adicciones, llame al 1-800-662-HELP (4357).
5. La alteración o falsificación de una receta constituye un delito y será denunciado ante las autoridades competentes. También es una condición que determina la finalización inmediata de la atención que brinda nuestro consultorio.
6. Las renovaciones de narcóticos NO se realizarán ni receptorán telefónicamente fuera del horario normal de atención (8 a.m. a 5 p.m.) ni durante los fines de semana o feriados.
7. Debe asumir responsabilidad por sus recetas. NO se reemplazarán las recetas de narcóticos perdidas, dañadas, robadas o extraviadas.

Si cree que sus síntomas representan una emergencia, debe obtener atención médica de inmediato en la sala de emergencias más cercana.

Esta política tiene por objetivo asegurar la salud y la seguridad de nuestros pacientes. Al leer y firmar esta política, usted acepta las condiciones arriba indicadas. Si no acepta estas condiciones, con gusto podremos ayudarle a encontrar un proveedor que pueda ofrecerle una mejor respuesta para sus necesidades.

REQUERIDO

Firma del paciente _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de Nacimiento: _____



Temple University Physicians

Signature on File

Firma Registrada del Paciente en Nuestros Archivos

Per medio presente, solicito que se realice, en mi nombre, el pago de los beneficios autorizados de Medicare of de otrtos beneficios de seguro medico al medico de Temple University Physicians for todos los servicios prestados a m persona por parte de dicho medico.

Autorizo a toda persona o institucion que poses information medica acerca de mi person a suministrar a la administracion de financiamient de sercidios medicos (Health Care Financing Administration) o a otra asegura dora y a sus representatnes toda aquella informacion necesaria para deteminar los beneficios of los beneficios a pafar pr servicios relacionados.

Entinedo que soy reonsable de cualquier servicio sin cobertura importe deducible o importe en cocepto de coaseguro que mi seguro medico no cubra.

Firma del (de la) paciente: _____

Nobre: _____

Fecha: _____

Autorización prospectiva para divulgar información médica electrónica



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social:

XX X-XX-

1. Consentimiento para tratamiento

Autorizo a los médicos y al personal de Temple Health (que incluye a Temple University Physicians, Temple Physicians Inc., Temple University Health System, y Fox Chase Cancer Center Medical Group Inc.) a evaluar mis afecciones médicas y brindar atención, servicios, imágenes clínicas u otros tratamientos que resulten necesarios para alcanzar un diagnóstico y proporcionarme tratamiento de manera eficaz.

No presto mi consentimiento.

2. Autorización para divulgar información electrónica

Autorizo a Temple Health a divulgar por vía electrónica información de mis expedientes médicos a otros proveedores de atención médica u organizaciones a los cuales yo pueda solicitarles tratamiento, y/o a los cuales sea referido (derivado) por Temple Health, para fines exclusivamente vinculados con la atención médica. La presente autorización tendrá vigencia a menos que sea revocada (ver abajo).

3. Denegación de autorización para divulgar información electrónica

No autorizo a Temple Health a divulgar por vía electrónica información de mis expedientes médicos a otras organizaciones o proveedores de atención médica. Entiendo que tengo derecho a modificar esta autorización en cualquier momento completando y enviando un nuevo formulario de *Autorización prospectiva para divulgar información electrónica*.

La información que se divulgará podría incluir notas de los médicos sobre la evolución, información actual e histórica sobre el diagnóstico, lista de problemas, medicamentos y alergias a medicamentos, vacunas, resultados de análisis de laboratorio y procedimientos de prueba, signos vitales, condición de fumador o no fumador, plan de atención, imágenes clínicas y datos demográficos. Esta divulgación no autoriza el uso de información del paciente para fines distintos del tratamiento, el pago de servicios médicos y las operaciones de práctica clínica.

Información confidencial: Entiendo que si he recibido tratamiento por sida/VIH, dependencia de drogas o alcohol, problemas psiquiátricos y/o de salud reproductiva, mis expedientes podrían contener información sobre dicho tratamiento. Entiendo que mis registros se encuentran protegidos en virtud de la Ley Federal de Privacidad (Federal Privacy Act), la Ley General 93-75, la Ley Federal de Uso Indevido del Alcohol y las Drogas (Federal Alcohol and Drug Abuse Act), la Ley General 92-282, la Ley de Procedimientos de Salud Mental de Pennsylvania (Pennsylvania Mental Health Procedures Act) de 1976, y la Ley de Confidencialidad de la Información Relacionada con VIH de Pennsylvania (Pennsylvania Confidentiality of HIV-Related Information Act), y por lo tanto, no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, salvo que las reglamentaciones establezcan lo contrario. Entiendo que, si no deseo que estos expedientes confidenciales se compartan con terceros, debo marcar el casillero que aparece debajo del número 3 (tres) más arriba "No autorizo a Temple Health a divulgar, por vía electrónica, información de mis expedientes médicos a otras organizaciones o proveedores de atención médica", y firmar a continuación.

Derecho a revocar esta autorización: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito (excepto con respecto a lo ya actuado por Temple Health en función de esta autorización). Para revocar esta autorización, puedo completar un nuevo formulario de *Autorización prospectiva para divulgar información médica electrónica* y enviarlo a la oficina de mi proveedor, o enviar un pedido por escrito a Temple University Physicians, Operations Center, Attention Privacy and Security Officer, Kresge Hall, 3440 N. Broad Street, Room 100, Philadelphia, PA 19140.

4. Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

* Si esta autorización es firmada por una persona distinta del paciente, se requiere prueba de autorización e identificación.

Si no se trata del paciente, indique en imprenta el nombre de la persona que firma este formulario:

Autorización para firmar en nombre del paciente: Padre Tutor legal Otro _____

5. Este es un consentimiento verbal brindado por una persona que se encuentra físicamente impedida de firmar.

Nombre del primer testigo, en imprenta:

Firma:

Fecha:

Nombre del segundo testigo, en imprenta:

Firma:

Fecha:

6. **Declaración del intérprete:** He interpretado la información y las recomendaciones suministradas al (a la) paciente por el proveedor de servicios de salud que obtiene este consentimiento. Las preguntas del (de la) paciente al proveedor de servicios de salud. He realizado esta interpretación mediante: lenguaje de señas americano o verbalmente en el idioma _____. A mi leal saber y entender, el/la paciente comprendió esta interpretación.

Intérprete:

Fecha / Hora: