FORMULARIO DE HISTORIA

Nombre del paciente: _____

Fecha del accidente: _____

Sexo: ◯ Masculino ◯Mujer Mano dominante: ◯ Izquierda ◯Derecha

Motivo de la visita: _____

Descripción de la lesión: _____

¿Fue atendido en la sala de emergencias por este problema: ◯Sí ◯No

¿Tiene alguna alergia: ◯Sí ◯No

En caso afirmativo, ¿a qué es alérgico? Para:_____

¿Está tomando alguna mediación? ◯Sí ◯No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos aquí: _____

_____ _____

En una escala de 0 a 10 (siendo 10 el peor) qué tan intenso es su dolor: _____

¿Cuál es la calidad del dolor?

◯ Agudo ◯ Sordo ◯ Apuñalamiento ◯Palitante ◯ Dolor ◯ Ardor

El dolor es: ◯ constante ◯ intermitente (viene y va)

¿El dolor te despierta de tu sueño? ◯Sí ◯No

Experimento: ◯ Hinchazón ◯ Moretones ◯ Entumecimiento ◯ Hormigueo ◯ Debilidad

Historial médico (como enfermedad cardíaca, cáncer, artritis, diabetes, etc.):

_____

¿Ha tenido algún procedimiento quirúrgico previo? Si es así, por favor enumere con la fecha de la cirugía:

_____

Consumo de alcohol: ◯Sí ◯No Tabaco Nosotrose: ◯Sí ◯No

En caso afirmativo, # _____/semana En caso afirmativo, # _____/semana

PREGUNTAS SOBRE LESIONES

¿Es esta una lesión relacionada con un accidente? ◯Sí ◯No

¿Era usted el pasajero o el conductor: ◯ Pasajero ◯ Conductor

Dónde fue el impacto del accidente: ◯ Delantero ◯ Trasero ◯ Lateral

¿Llevabas puesto el cinturón de seguridad? ◯Sí ◯No

¿Dónde ocurrió el accidente? ◯ Autopista abierta ◯ Luz de la calle ◯ Señal de alto

◯ Estacionamiento ◯ Otros _____

¿Ha comenzado algún tipo de terapia:

En caso afirmativo: Ubicación:_____

Fecha de inicio de la terapia y frecuencia: ___

¿Ha recibido algún otro tratamiento médico para esta lesión: ◯Sí ◯No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Se ha tomado algún tiempo libre del trabajo debido a este accidente? ◯Sí ◯No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Qué parte del cuerpo está siendo tratada en este momento?

_____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE PACIENTES Y CARTA DE PROTECCIÓN

Por la presente autorizo a Reiter Ortho a proporcionar a mi abogado como se identifica a continuación un informe completo de cualquier registro médico y cargos relacionados con mi tratamiento.

Por la presente autorizo a dicho abogado a pagar directamente a Reiter Ortho las sumas que puedan ser debidas y adeudadas por los servicios prestados a mí, y a retener dichas sumas de cualquier acuerdo, juicio o veredicto que pueda pagarse a usted, a mi abogado o a mí como resultado de la lesión por la cual he sido tratado. También estoy de acuerdo en informar de inmediato a Reiter Ortho si algún otro abogado me representa, y que esta liberación y carta de protección se ejecutarán inmediatamente con mi nuevo abogado, si ocurren cargos.

Si una nueva liberación y carta de protección no se ejecuta inmediatamente después de un cambio de abogado, acepto que mis cargos completos serán inmediatamente vencidos y pagaderos.

Entiendo completamente que soy directamente responsable ante Reiter Ortho por todos los cargos y facturas presentados por Reiter Ortho por los servicios que me prestan. Este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional y la consideración de esperar el pago; También entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, sentencia o veredicto por el cual eventualmente pueda recuperar dicha tarifa.

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, YA SEA PAGADOS O NO POR MI SEGURO. ADEMÁS, RECONOZCO QUE EN EL CASO DE QUE REITER ORTHO SE VEA OBLIGADO A CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA AGENCIA DE COBRANZA Y / O ABOGADO; SERÉ RESPONSABLE DE LA COBRANZA Y / O HONORARIOS LEGALES. POR LA PRESENTE AUTORIZO AL PROVEEDOR MÉDICO A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA ASEGURAR EL PAGO DEL BENEFICIO. TAMBIÉN AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA EN TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGUROS Y COMO AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO QUE SE ENVIARÁ A REITER ORTHO EN 7800 SW 87TH AVENUE, #A110, Miami, FL 33173 POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS: ADMINISTRACIÓN Y REALIZACIÓN DE TODOS LOS TRATAMIENTOS, REALIZACIÓN DE DICHOS PROCEDIMIENTOS, USO DE MEDICAMENTOS RECETADOS, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO Y CULTIVOS QUE SE CONSIDEREN NECESARIOS O ACONSEJABLES EN EL TRATAMIENTO DE ESTE PACIENTE. REALIZACIÓN DE OTRAS PRUEBAS DE LABORATORIO MÉDICAMENTE ACEPTADAS QUE PUEDAN CONSIDERARSE MÉDICAMENTE NECESARIAS O ACONSEJABLES SEGÚN EL JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE O SUS DESIGNADOS ASIGNADOS. ENTIENDO COMPLETAMENTE QUE ESTO SE DA ANTES DE CUALQUIER DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICO. TENGO LA INTENCIÓN DE QUE ESTE CONSENTIMIENTO CONTINÚE EN LA NATURALEZA INCLUSO DESPUÉS DE UN DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO ESPECÍFICO. EL CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN PLENO VIGOR HASTA QUE SE REVOQUE POR ESCRITO. YO, EL ABAJO FIRMANTE, RECONOZCO QUE REITER ORTHO USARÁ Y DIVULGARÁ MI INFORMACIÓN CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA COMO SE DESCRIBE EN EL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD. LA FOTOCOPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO SE CONSIDERARÁ TAN VÁLIDA COMO LOS PACIENTES ORIGINALES DE MEDICARE. AUTORIZO A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE MÍ A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL O SUS INTERMEDIARIOS PARA MIS RECLAMOS DE MEDICARE. RECONOZCO QUE HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE REITER ORTHO. ENTIENDO QUE SI TENGO PREGUNTAS O QUEJAS, DEBO COMUNICARME CON LOS FUNCIONARIOS DE PRIVACIDAD. CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y CONSIENTO PLENA Y VOLUNTARIAMENTE SU CONTENIDO.

Consentimiento de los pacientes – Autorizaciones – y Asignaciones de Beneficios

ASIGNO LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR LOS SERVICIOS A REITER ORTHO, Yo, el paciente / asegurado abajo firmante a sabiendas, voluntaria e intencionalmente asigno los derechos y beneficios de mi seguro de automóvil, también conocido como Protección contra lesiones personales y póliza de pagos médicos del seguro al proveedor de atención médica con el título anterior, entiendo que es la intención del proveedor aceptar esta asignación de beneficios en lugar de exigir pagos en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que este documento permitirá al proveedor presentar una demanda contra la aseguradora por el pago de los beneficios del seguro y buscar daños de la aseguradora según el estatuto de Florida 627.428.

RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de REITER ORTHO o me han ofrecido una copia para su revisión. Los médicos y el personal de REITER ORTHO tienen mi permiso para hablar con cualquier familia / amigos que designe por escrito en referencia a mi atención médica.

Nombre del responsable: _____

Firma del responsable: _____

Fecha_____

AVISO DE CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

El proveedor médico autorizado abajo firmante, por la presente afirma:

1. El paciente lesionado a continuación, en opinión de este proveedor médico, ha sufrido una **condición médica de emergencia**, como resultado de las lesiones del paciente sufridas en un accidente automovilístico que ocurrió el _____
   Insertar fecha del accidente

2. La base para el hallazgo de una condición médica de **emergencia** es que el paciente ha sufrido síntomas agudos de gravedad suficiente, que pueden incluir dolor severo, de modo que se podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en cualquiera de los siguientes: a) grave peligro para la salud del paciente; b) deterioro grave de las funciones corporales; o c) disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

Por la presente doy fe de que soy un médico con licencia bajo el capítulo 458 o el capítulo 459, un dentista con licencia bajo el capítulo 466, un asistente médico con licencia bajo el capítulo 458 o el capítulo 459, o una enfermera practicante registrada avanzada con licencia bajo el capítulo 464, y que los hechos anteriores son verdaderos y correctos.

_____ _____ _____

Nombre de los médicos Firma Fecha

La persona lesionada abajo firmante o el tutor legal de dicha persona afirma:

1. Los síntomas que informé al proveedor médico son verdaderos y precisos.

2. Entiendo que el proveedor médico ha determinado que sufrí una **condición médica de emergencia** como resultado de las lesiones que sufrí en el accidente automovilístico.

3. El proveedor médico me ha explicado a mi satisfacción la necesidad de atención médica futura y las consecuencias perjudiciales para mi salud que pueden ocurrir si no recibo tratamiento futuro.

Paciente lesionado que recibe este diagnóstico o tutor legal de dicho paciente lesionado:

_____ _____ _____

Nombre de la persona lesionada o tutor Firma de Asegurado o tutor Fecha

Oficina de Formularios y Tarifas de Propiedad y Accidentes

Formulario estándar de divulgación y reconocimiento

Protección contra lesiones personales: tratamiento inicial o servicio proporcionado

El profesional médico autorizado o el director médico que suscribe, si corresponde, afirma la declaración numerada 1 arriba y también:

A. No he **solicitado** ni he causado a la persona asegurada, que estuvo involucrada en un accidente de vehículo motorizado, para que se le solicite que presente una reclamación por los beneficios de Protección contra lesiones personales.

B. El tratamiento o los servicios prestados fueron explicados al asegurado, o su tutor, lo suficiente para que esa persona firme este formulario con consentimiento informado.

C. La declaración o factura adjunta está debidamente **completada** en todas las disposiciones materiales y toda la información relevante que se ha proporcionado allí. Esto significa que cada solicitud de información ha sido respondida de manera veraz, precisa y sustancialmente completa.

D. La codificación de los procedimientos en el estado de cuenta o factura adjunta esta correcta. Esto significa que ningún servicio ha sido actualizado, desagregado o constituye una prueba de diagnóstico no válida o no médicamente necesaria, según se define en la Sección 627.732 (15) y (16) de los Estatutos de Florida o la Sección 627.736 (5) (b) 6 de los Estatutos de Florida.

Profesional médico con licencia que brinda tratamiento / servicios o director médico, si corresponde (firma de su propia mano):

_____	_____	_____
Nombre (imprimir or escribir)	Firma	Fecha

CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA (EMC)

La persona asegurada que suscribe (o tutor de dicha persona) afirma:

1. Los servicios o tratamientos que se detallan a continuación fueron efectivamente suministrados. Esto significa que esos servicios ya se han proporcionado.

2. Tengo el derecho y el deber de confirmar que los servicios ya se han realizados.

3. Ninguna persona me solicitó que buscará ningún servicio del proveedor médico de los servicios descritos anteriormente.

4. El proveedor médico me explicó los servicios por los cuales se reclama el pago.

5. Si notifico a la aseguradora por escrito de un error de facturación, puedo tener derecho a una parte de cualquier reducción en las cantidades pagadas por mi aseguradora de vehículos motorizados. Si tengo derecho, mi parte sería al menos el 20% del monto de la reducción, hasta $500.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado según la Sección 817.234 (1) (b), Estatutos de Florida.

Nota: El original de este formulario debe entregarse a la aseguradora de conformidad con la Sección 627.736 (4) (b) de los Estatutos de la Florida y no puede entregarse electrónicamente. El no proporcionar este formulario puede resultar en la falta de pago de la reclamación.

Si necesita más ayuda, puede comunicarse con Ortho Miami al (305)596-2828 ext: 121.

Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o tutor de la persona asegurada:

_____	_____	_____
Nombre del asegurado o tutor	Firma del asegurado o tutor	Fecha