



Orthopedic & Sports Medicine Institute Of Las Vegas

Randa Bascharon, D.O., Inc.

7281 W. Sahara Ave. Suite 110 Las Vegas, NV 89117

500 E. Windmill Lane Ste 125 Las Vegas NV 89123

6850 N. Durango Drive Ste 218 Las Vegas NV 89149

Ph: 702.947.7790 Fax: 702.947-7792

Información para nuestro pacientes.

Si usted tiene una emergencia llame al 911.

Si usted necesita hablar a uno de nuestros médicos después de horas, usted puede llamar cualquiera de nuestros números de la oficina enumerados arriba. Deje el servicio que contesta saber que usted es uno de nuestros pacientes regulares y de donde usted está llamando. Le dirigirán al médico en la llamada que podrá asistirle. Nuestra oficina rota llamadas con otros médicos ortopédicos locales y hay uno en la llamada diaria.

Pacientes con el bastidor de la fibra de vidrio: **NO DEJE QUE SU MOLDE SE MOJE!**

Si ocurre esto, llame a nuestra oficina cuanto antes para cambiar el molde. (Dejando algunas gotas de agua afuera del molde esta bien pero el acolchado contra su brazo no debe llegar a ser húmedo o mojado).

Si necesita volver a llenar **medicamentos recetados**, preguntamos que usted planea por lo menos **48 horas por adelantado**. Entre en contacto con su farmacia primero. (en donde la prescripción fue llenada por último). Tenga su información de la prescripción lista para ellos cuando usted llame. El número de la prescripción es provechoso, y el nombre y la fuerza de la droga. no es necesario llamar nuestra oficina primero para los rellenos. Tendremos que llamar la farmacia para su información de la prescripción y ésta causará solamente retraso. Si usted está cambiando su farmacia, usted tendrá que entrarnos en contacto con primero pues esto entonces será considerada una nueva prescripción

** Guarde por favor este documento para la referencia futura.



ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE INSTITUTE OF LAS VEGAS
RANDA BASCHARON, D.O., INC.

*****INFORMACION DEL PACIENTE*****

FECHA DE HOY: _____

APPELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____
DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

TEL DE CASA: (____) _____ TEL DE TRABAJO: (____) _____ TEL MOBILE(____) _____

SSN _____ SEX: MALE FEMALE FECHA DE NACIMIENTO : _____
EDAD _____

ESTADO MARCIAL: MARRIED SINGLE DIVORCED SEPARATED WIDOWED

SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD: NOBRE DE PADRES O PERSONA RESPONSABLE:

APPELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE _____

NOMBRE DE TRABAJO DEL PACIENTE: _____ OCUPACION _____

DIRECCION DE TRABAJO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

*****INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE*****

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE DEL BILL: APPELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
TEL DE CASA: (____) _____ TEL DE TRABAJO: (____) _____ TEL MOBILE (____) _____

SSN _____ SEXO: MALE FEMALE FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

*****CONTACTO DE EMERGENCIA*****

NOMBRE DEL AMIGO O DEL PARIENTE LOCAL :

APPELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE _____ RELACION AL PACIENTE _____
TEL DE CASA: (____) _____ TEL DE CASA (____) _____ TEL MOBILE (____) _____

*****INFORMACION DE SEGURO*****

CUÁL ES EL NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO _____ TEL _____

DIRECCIÓN A LAS DEMANDAS DEL CORREO: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NOMBRE DE SOSTENEDOR : APPELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ INICIAL _____

SSN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION AL PACIENTE: _____

NUMERO DE POLITICA/ID# _____ GRUPO# _____ EMPLIADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

NOMBRE DEL SEGURO SECONDARIO _____ TEL _____

DIRECCION A LAS DEMANDAS DEL CORREO: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NOMBRE DE SOSTENEDOR : APPELLIDO _____ PRIMER _____ INICIAL _____

SSN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELATION TO PATIENT: _____

POLICY/ID# _____ GRUPO # _____ EMPLIADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

La información antedicha es verdad al mejor fo mi conocimiento. Autorizo mis ventajas de seguro para ser pagado directamente al médico. entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. Yo autorizo Orthopedic & Sports Medicine Institute of Las Vegas con Dr. Randa Bascharon D.O., Inc. O compañía de seguros para lanzar cualquier información requerida para procesar mis demandas.

X

FRIMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

ORTHOPEDICS & SPORTS MEDICINE INSTITUTE OF LAS VEGAS
RANDA BASCHARON, D.O., INC.

CÓMO FUE USTED REFIRIÓ A NUESTRA OFICINA?

OTRO MEDICO: PRIMER NOMBRE LA FACILITY _____ APELLIDO _____ Dirección _____
CIUDAD _____ STATE _____
SITIO URGENTE DEL CUIDADO/EMERGENCIA: NOMBRE DE _____ DIREC _____ CIUDAD _____ STATE _____
Compañía de seguro me refirió : NOMBRE DE COMPANIA _____ # DE AUTORIZACION _____
NOMBRE DEREPRESENTANTE _____

Nombre de un amigo o representante: NOMBRE : _____ ¿Son pacientes en esta práctica? SI NO

¿CUÁLES SON LA RAZONES QUE LA VEN PARA HOY?

(por favor circule derecho o izquierdo para cada uno)

PARTE DE CUERPO: 1.) _____ DERECHO IZQUIERDO 2.) _____ DERECHO IZQUIERDO
3.) _____ DERECHO IZQUIERDO 4.) _____ DERECHO IZQUIERDO

FECHA DE LESION ACTUAL: _____ Lugar que curio: _____ **si esto es comp de los worksmans vea abajo**

¿Cómo ocurrió la lesión? EXPLICA: _____

* ¿SI ESTO NO ES LESIÓN O UN ACCIDENTE, CUÁL ES EL INICIO DEL PROBLEMA? _____
¿QUÉ USTED PIENSA PUEDE HABERCAUSADOLO? _____

* ¿SI ERA UN ACCIDENTE DE COCHE, ERA USTED?: (CIRCULE UNO) CONDUCTOR PASAJERO DE ENFRETE PASAJERP DE ATRAS
MOTOCICLETA MANEJADOR MOTOCICLETA PASSAJERO
¿USTED USABA UN SEATBELT A LA HORA DE ACCIDENTE? SI NO

Ultimo historial médico?: Cirugías y/o enfermedades importantes de la lista:

1.) _____ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO
2.) _____ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO
3.) _____ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO
4.) _____ FECHA MEDICO NOMBRE DE HOSPITAL CIUDAD ESTADO

LE HAN DIAGNOSTICADO SIEMPRE CON EL SIGUIENTE: CÍRCULE SOLAMENTE LOS QUE SE APLICAN)

HIGH BLOOD PRESSUE DIABETES MELLITUS ANGINA PECTORIS HEART ATTACK IRREGULAR HEART BEAT BLOOD CLOTS EMPHYSEMA
ASTHMA HEPATITIS ARTHRITIS ANEMIA(LOW BLOOD COUNT) ULCERS CANCER- de cual? _____

¿Es usted alérgico a drogas? SI NO (CUALES) _____
1.) _____ Reacción FECHA 2.) _____ TIPO DE REACCION FECHA
3.) _____ Reacción FECHA 4.) _____ TIPO DE REACCION FECHA

MEDICAMIENTOS ACUTUALES:

NOMBRE : _____ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO
NOMBRE: _____ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO
NOMBRE: _____ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO
NOMBRE _____ FUERZA VECES POR DIA PARA MEDICO QUE RECETO

¿USTED HACE EJERCICIO? SI NO De que tipo, y cuantas veces a la semana? _____
¿USTED FUMA O UTILIZA OTROS PRODUCTOS DEL TABACO? SI NO CIGARRILLO MASTICA TABACCO OTRO _____
¿USTED BEBE EL ALCOHOL? SI NO CUANTO POR DIA? _____ O VECES POR SEMANA? _____ O POR MES? _____ POR QUANTO TIEMPO _____
¿USTED UTILIZA LAS DROGAS DE LA CALLE? SI NO CUALES _____ -QUE TANTO? _____ POR QUANTO TIEMPO? _____
QUAL ES SU PESO ACTUAL? _____ LBS QUE ALTO? _____ FT _____ INCHES

*******TERMINE*******
ESTA SECCIÓN ABAJO SOLAMENTE SI USTED TIENE LESIÓN RELACIONADA AL TRABAJO
(COMP DE WORKMANS O INDUSTRIAL)

¡DEBEMOS TENER INFORMACIÓN COMPLETA Y EXACTA EN TODAS LAS SECCIONES! (PIDA POR FAVOR AYUDA CON LOS LIBROS DE TELÉFONO, O LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS SI ESTÁ NECESITADO PARA ADDRESSSES Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO.) **¡NO DEJE NINGUNA ÁREAS EN BLANCO!**

NOMBRE DEL PATRÓN EN ÉPOCA DE LESIÓN _____
DIRECCION DE PATRÓN EN ÉPOCA DE LESIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
NUMERO DE TELEFONO DE PATRÓN (_____) FECHA DE LESION ACTUAL _____
LA FECHA TRABAJÓ POR ÚLTIMO PARA ESTE PATRÓN: _____ EL PARTES DEL CUERPO DERECHA A IZQUIERDA (CUAL) _____
EXPLIQUE CÓMO OCURRIÓ _____
NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE DEMANDAS: _____ CLAIM# _____
NOMBRE DE AJUSTADOR _____ TEL#: (_____) EXTENSION _____
DIRECCIÓN DONDE SE ENVÍAN LAS DEMANDAS: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____



Orthopedic and Sports Medicine Institute Of Las Vegas

Randa Bascharon, D.O., Inc.

7281 W. Sahara Ave. Suite 110 Las Vegas, NV 89117

500 E. Windmill Lane Ste 125 Las Vegas NV 89123

6850 N. Durango Drive Ste 218 Las Vegas NV 89149

Ph: 702.947.7790 Fax: 702.947-7792

AUTORIZACION DE REVELAR LA INFORMATION PROTEGIDA DE SALUD A LA FAMILIA Y/O A PERSONAS EN QUIDADO DEL PACIENTE.

NOMBRE DE PACIENTE: _____

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) _____

En el acontecimiento la medicina avanzada de Orthopedics y de los deportes puede necesitar dar sus resultados de la prueba o la información médica, podemos nosotros.....

_____ Dejar el mensaje detallado en la máquina que contesta.

_____ Deje un mensaje con mi esopso/a o con un familiar.

_____ Llamarle en su teléfono portátil, el número de teléfono es: _____

_____ Llamale en el trabajo, el número de teléfono es: _____

Yo, _____ es de quién fecha de nacimiento: _____, le doy permiso a Orthopedics and Sports Medicine Institue of Las Vegas, Randa Bascharon, D.O., Inc. y los empleados

Autorización para revelar mi información protegida de la salud al siguiente familia, a los amigos, y/o a las personas responsable de salud:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Nombre: _____ Relación al paciente : _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacer tan en la escritura y presentar mi revocación escrita al departamento médico de los expedientes de Orthopedics and Sports Medicine Institute of Las Vegas, Randa Bascharon, D.O., Inc.

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se ha lanzado ya en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida en curso de tratamiento, pago, y operaciones.

Entiendo que eso autorizar el acceso de esta información de la salud es voluntario. Puedo rechazar firmar esta autorización y no necesito firmar esta forma para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier acceso de la información lleva con él el potencial para un re-acceso desautorizado y la información no se puede proteger por la regla federal de Confidentialty . Si tengo preguntas sobre el acceso de mi información de la salud, puedo pedir más información departe de mi doctora o a los empleados.

A menos que esté revocada de otra manera esta autorización expire la fecha, el acontecimiento, o la condición siguiente:

_____ Si fallo en dar una fecha, esta autorización expirará un (1) año de la firma de esta forma.

_____/_____
FIRMA DEL PACIENTE DIA

_____/_____
FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD) DIA

_____/_____/_____
NOMBRE DE TESTIGO FIRMA DE TESTIGO DIA