



NewportCare[®]
MEDICAL GROUP
 NEWPORT BEACH - ORANGE
 COSTA MESA - LONG BEACH
 MISSION VIEJO - RIVERSIDE

**INFORMACION DEL PACIENTE
 PARA ARCHIVOS MEDICOS**

Fecha de Hoy _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Número del Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Número Código Postal _____ Número de teléfono _____

Ocupación _____ Número de Licencia de Conducir _____

Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Casado Soltero Divorciado Viudo

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

Conyuge / o Padre Responsable _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Ocupación _____ Número de Licencia de Conducir _____

Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Contacto de Emergencia persona que no Vive con Usted:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

• Por favor complete si el paciente es menor de 21 años de edad o un estudiante

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

Trabajo del Padre _____ Trabajo de la Madre _____

Empleador del Padre _____ Empleador de la Madre _____

Dirección _____ Dirección _____

Información del Seguro Médico

Suscriptor Principal de Seguros _____ **Segundo Suscriptor del Seguro** _____

Empresa de Seguros _____ Empresa de Seguros _____

Número de Identificación _____ Número de Identificación _____

Número de Grupo _____ Número de Grupo _____



INFORMACION DEL PACIENTE PARA ORTOPEDIOS

Nombre del Paciente _____

Referido a esta oficina por _____ Doctor Primario _____

¿Que se está examinando hoy? _____ En que lado _____

Cuanto tiempo ha tenido esta enfermedad / problema / síntomas _____

Como ocurrió la enfermedad / problema / síntoma / accidente _____

Ha visto a un médico por este problema? Sí No

Doctor _____ Dirección _____

Tratamiento (exámenes especiales, inyecciones, medicamentos, etc.) _____

Ha tenido problema en esta área anteriormente? Si No

Si es así, describa _____

Ha perdido tiempo del trabajo debido a esta lesión / problema actual? Si No

Las lesiones sucedieron en el trabajo? _____

Tipo de trabajo que hace _____

Si esta es una lesión, ¿cuando y como sucedió? _____

En el Hogar Trabajo Automóvil Otro _____

Fecha _____ Hora _____ Cuando trabajó por última vez _____

Si es una lesión de trabajo, nombre y dirección del empleador en el momento de la lesión _____

Información del Abogado _____



**ANTECEDENTES MEDICOS
 PARA ORTOPEDIA**

Califica tu salud general:

- Excelente Justa
- Buena Pobre

¿Que problemas médicos tiene?

- Ninguno
- Cancer (¿Que tipo?) _____
- Enfermedad del Corazón
- Enfermedad Pulmonar (es decir, neumonía, asma, CPOD)
- Enfermedad hepática (es decir, ictericia, hepatitis)
- Diabetes
- Presión Arterial Alta (hipertensión)
- Fiebre Reumática
- Colesterol Alto
- Anemia o problemas de Sangrado
- Enfermedad de Tiroides
- Enfermedad del Riñon
- Enfermedades del Tracto Urinario
- Otros Problemas Serios de Salud _____

Historia Pasada de Cirugía:

¿Ha tenido alguna cirugía previa?

- Ninguna
- Amigdalectomía
- Apendectomía
- Colectectomía (Vesicular biliar)
- Revascularización (Cardíaca) Cirugía de Tiroides Reemplazo de Cadera Reemplazo de Rodilla
- Artroscopia de Rodilla Marcapasos Cirugía de Cancer (Describa) _____
- Otro (anote) _____

Medicamentos: Ninguno

Escriba todos los medicamentos que toma y la dosis:

¿Con quien vive? _____ Fuma? No Si; _____ paquetes por día _____ años
 Solía, pero dejé de fumar

¿Bebe alcohol (cerveza, vino, licor)? No Si; ¿cuanto? /¿a menudo? _____

Alergias: Ninguna
 Anote todas las alergias y reacciones a los
 medicamentos:

Historia Familiar:

Tiene algunos de los siguientes problemas médicos
 en su familia? Si es asi, anote que miembro de familia:

- Ninguno
- Enfermedad del Corazón
- Diabetes
- Hipertensión
- Colesterol Alto
- Enfermedad de tiroides
- Enfermedad Renal (Renal)
- Enfermedad Pulmonar (Pulmonar)
- Enfermedad del Hígado
- Cancer
- Escoliosis
- Osteoporosis
- Otros Problemas Serios de Salud; anote:

¿Cual es tu Altura? _____

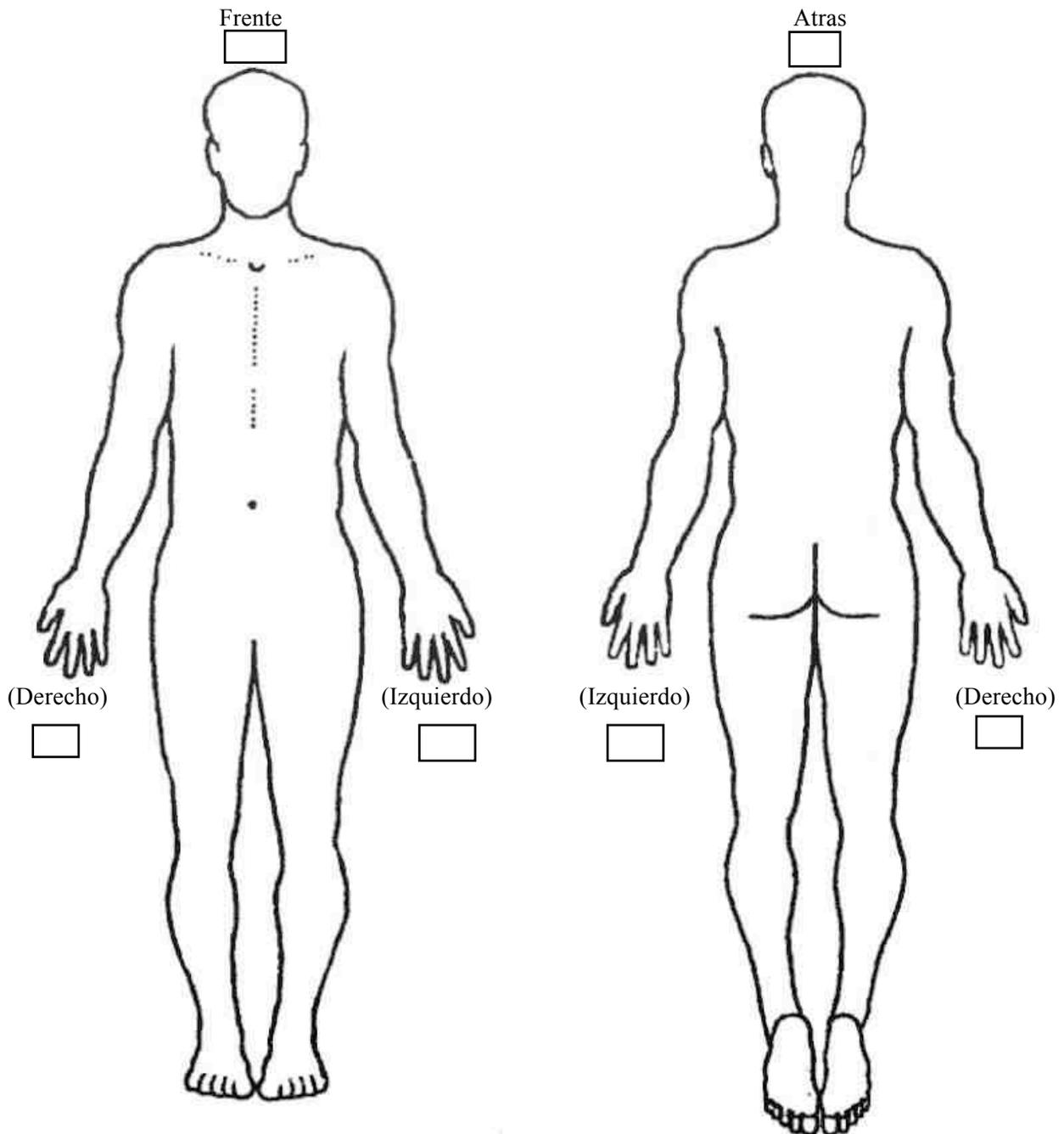
¿Cuanto Pesa? _____

Solo mujeres: ¿Esta embarazada? _____

DIBUJO DE DOLOR PARA ORTOPEDIA

Indique dónde está presentando síntomas usando los símbolos y flechas apropiados para mostrar dónde va o se dispara el dolor. Asegúrese de mostrar todas las áreas involucradas e indicar dónde está peor el dolor.

Adolorido /Dolor (XXXX)
Entumecimiento / Hormigueo (OOOO)
Alfileres / Agujas (:::)
Ardiendo (///)
Espasmo / Calambre (ΔΔΔΔ)





**EVALUACION DE DOLOR
 PARA ORTOPEDICOS**

¿Donde está su dolor?

- Locación
- Cabeza
- Cuello
- Hombro I / D
- Brazo I / D
- Mano I / D
- Media Espalda
- Espalda Baja
- Gluteos I / D
- Cadera I / D
- Pierna I / D
- Pie I / D

¿Cuanto tiempo ha estado allí?

Duración (Semanas / Años)

Ha experimentado algo de lo siguiente:

- Entumecimiento / Hormigueo en los brazos: (I), (D)
- Entumecimiento / Hormigueo en las manos: (I), (D)
- Entumecimiento / Hormigueo en las piernas: (I), (D)
- Entumecimiento / Hormigueo en los pies: (I), (D)
- Debilidad en las piernas (I), (D)
- Debilidad en los brazos (I), (D)
- Torpeza de las manos (I), (D), (ambas)
- Problemas de equilibrio
- Problemas de la vejiga: _____
- Problemas intestinales: _____
- Dolor que lo despierta del sueño (dolor de noche)

Al tener dolor es generalmente...

- Malestar Leve
- Dolor Sordo y Dolorido
- Dolor duro y dolorido, frecuentemente peor
- Dolor severo, agudo / disparos a veces
- Dolor que quema
- Muy severo, agudo, apuñalado
- Extremadamente incapacitante

¿Que hace que su dolor empeore?

- Sentado
- De pie
- Caminando
- Levantando
- Hielo
- Otro (describa) _____
- Mirando a la I / D
- Doblado hacia el frente
- Doblado hacia atrás
- Estornudo / tos
- Calor

¿Con que frecuencia le duele?

- Raramente, si es que acaso alguna vez
- Ocasional (si es asi, cada cuanto? _____)
- Recurrente (pocos días todos los meses)
- Frecuente (mas de la mitad del tiempo)
- Muy frecuente (casi todos los días)

Califica tu dolor en lo peor y en lo mejor:

(0 = Sin dolor, 10 = En lo peor del dolor)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A lo peor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A lo mejor

Describa su problema (incluya la fecha de lesión, si es aplicable) _____

¿Que tratamiento ha recibido?

- Ninguno
- Terapia Física
- Quiropráctica
- Tracción
- Acupuntura
- Medicina Anti-inflamatoria
- Relajantes Musculares
- Medicamentos Narcóticos
- Inyecciones Epidurales
- Otro: _____

Historia Quirurgica del Pasado: _____

Altura _____ Peso _____

Anote todas sus alergias: _____

MEDICAMENTOS

Anote todos los medicamentos y las dosis: _____

Historia Medica Familiar

Ha fumado previamente? Si No

Cuantos paquetes al día? _____

Por cuantos años? _____

Año en que dejó de fumar _____



Verifique y describa cualquier signo o sntoma que experimente actualment en cualquiera de los siguientes sistemas de rganos; Si no tiene ninguno, escriba, "NINGUNO." Anote cualquier otro problema que pueda estar experimentando y que no vea en la lista.

- Fiebre Escalofríos Noches Sudorosas Pérdida de Peso Fatiga Pérdida de Apetito
- Lentes Correctivos Cataratas Visión Borrosa Visión Doble
- Pérdida Auditiva Congestión Nasal Voz Ronca Dolorosa / Dificultad para Tragar
- Dolor en el Pecho Extremidades Frías (mala circulación) Sensibilidad al Frío
- Dificultad Respiratoria Respiración Dolorosa Respiración Súbita / Sibilancias Cancer
- Frecuencia Urinaria Incontinencia Urinaria Orina Dolorosa
- Disfunción Sexual Próstata Agrandada Cancer
- Reflujo Ulcera Cancer Dolor Articular? ¿Donde?
- Diarrea Constipación Heces con Sangre Inflamación de Articulaciones
- Nausea Vomitando Rigidez de Articulaciones Fibromialgia
- Cancer ¿Donde? _____ ¿Que Tipo? _____ Depresión Maníaco
- Bultos o Masas, donde? _____ Desorden Alimenticio
- Erupciones
- Derrame Cerebral Dificultad para Hablar Trastorno del Nervio Periférico,¿Anote? _____
- Problemas de Equilibrio Convulsiones Temblor Distrofia Simpatica Refleja
- Diabetes Hipoglucemia Tiroides Anemia Trastorno de la Coagulación
- Paratiroides Adrenal Osteoporosis Trastorno Plaquetario Célula Falciforme
- Reumatoide Lupus Lynfedema
- Nodulos Lynfaticos Inflamados ¿Adonde? _____
- Tiernos Ganglios Lynfaticos ¿Adonde? _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NOTA AL PACIENTE: hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento. No es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso. Es importante que usted entienda y acepte claramente la cirugía o tratamiento planeado. Autorizo a los proveedores de cuidado de Newport Care y a tales médicos, asociados, asistentes, y otro personal o el hospital o centro médico elegido por el o ella para realizar la práctica de la medicina con la intención de mejorar my bienestar general, como se discute conmigo. En el momento del tratamiento, autorizo cualquier otro procedimiento que en su juicio pueda ser aconsejable a mi bienestar, incluyendo los procedimientos que se consideren médicamente recomendables para remediar las condiciones descubiertas durante el procedimiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES GENERALES: estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos y complicaciones mas comunes del tratamiento o procedimiento que me describen en la discusión con mi proveedor. Estos riesgos incluyen, sin embargo, no se limitan a, el riesgo de sangrado, infección, dolor, lesiones a las estructuras neurovasculares que controlan la sensación, la función motora y la viabilidad de la región de procedimiento, así como los riesgos de la anestesia y la muerte.

RIESGOS Y COMPLICACIONES ESPECIFICOS: estoy satisfecho con mi comprensión de los riesgos específicos de este procedimiento o tratamiento tal como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

METODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMIENTO: estoy satisfecho con mi comprensión de los procedimientos alternativos o tratamientos y sus posibles beneficios y riesgos como se me ha descrito en la discusión con mi proveedor.

NINGUN TRATAMIENTO: estoy satisfecho con mi comprensión de las posibles consecuencias, resultados o riesgos si no se presta ningún tratamiento. También entiendo que ningún tratamiento es siempre una opción si no quiero tomar en cuenta los riesgos de procedimiento/tratamiento antes mencionados.

SEGUNDA OPINION: se me ha ofrecido la oportunidad de buscar una segunda opinión sobre el tratamiento o procedimiento propuesto.

PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES DURANTE EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO: entiendo que pueden surgir condiciones que no están previstas en este momento y que puede ser necesario y recomendable realizar operaciones y procedimientos diferentes de, o además, del procedimiento descrito. Autorizo y consiento el desempeño de las operaciones y procedimientos adicionales o diferentes que se consideren necesarios y recomendables.

OTROS SERVICIOS: doy mi consentimiento para el desempeño de los servicios de patología y radiología según sea necesario y además autorizo la eliminación de cualquier tejido cortado, hardware (postizo) o miembro, de acuerdo con la práctica hospitalaria o de instalaciones médicas consuetudinarias.

FOTOGRAFIA: consiento en fotografiar, filmar o grabar en video el tratamiento o procedimiento para uso educacional o diagnóstico.

NO HAY GARANTIAS: entiendo que hay riesgos involucrados en cualquier procedimiento o tratamiento, y no es posible garantizar o dar seguridad de un resultado exitoso.

OTRAS PREGUNTAS: estoy satisfecho con mi comprensión de la naturaleza del procedimiento o los tratamientos y todas mis preguntas adicionales sobre el tratamiento o el procedimiento han sido contestados.

He leído esta forma a fondo.

FECHA: _____ HORA: _____ AM/PM

ESCRIBA NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA: _____ (Del Paciente, Padre, o Guardian Legal)

TRADUCIDO POR (SI ESTO APLICA): _____

MEDICO: _____

TESTIGO: _____

PHYSICIAN-PATIENT ARBITRATION AGREEMENT

Article 1: Agreement to Arbitrate: It is understood that any dispute as to medical malpractice, that is as to whether any medical services rendered under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review of arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional rights to have any such dispute decided in a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration.

Article 2: All Claims Must be Arbitrated: It is the intention of the parties that this agreement bind all parties whose claims may arise out of or relate to treatment or service provided by the physician including any spouse or heirs of the patient and any children, whether born or unborn, at the time of the occurrence giving rise to any claim. In the case of any pregnant mother, the term "patient" herein shall mean both the mother and the mother's expected child or children.

All claims for monetary damages exceeding the jurisdictional limit of the small claims court against the physician, and the physician's partners, associates, association, corporation or partnership, and the employees, agents and estates of any of them, must be arbitrated including, without limitation, claims for loss of consortium, wrongful death, emotional distress or punitive damages. Filing of any action in any court by the physician to collect any fee from the patient shall not waive the right to compel arbitration of any malpractice claim.

Article 3: Procedures and Applicable Law: A demand for arbitration must be communicated in writing to all parties. Each party shall select an arbitrator (party arbitrator) within thirty days and a third arbitrator (neutral arbitrator) shall be selected by the arbitrators appointed by the parties within thirty days of a demand for a neutral arbitrator by either party. Each party to the arbitration shall pay such party's pro rata share of the expenses and fees of the neutral arbitrator, together with other expenses of the arbitration incurred or approved by the neutral arbitrator, not including counsel fees or witness fees, or other expenses incurred by a party for such party's own benefit. The parties agree that the arbitrators have the immunity of a judicial officer from civil liability when acting in the capacity of arbitrator under this contract. This immunity shall supplement, not supplant, any other applicable statutory or common law.

Either party shall have the absolute right to arbitrate separately the issues of liability and damages upon written request to the neutral arbitrator.

The parties consent to the intervention and joinder in this arbitration of any person or entity which would otherwise be a proper additional party in a court action, and upon such intervention and joinder any existing court action against such additional person or entity shall be stayed pending arbitration.

The parties agree that provisions of California law applicable to health care providers shall apply to disputes within this arbitration agreement, including, but not limited to, Code of Civil Procedure Sections 340.5 and 667.7 and Civil Code Sections 3333.1 and 3333.2. Any party may bring before the arbitrators a motion for summary judgment or summary adjudication in accordance with the Code of Civil Procedure. Discovery shall be conducted pursuant to Code of Civil Procedure Section 1283.05, however, depositions may be taken without prior approval of the neutral arbitrator.

Article 4: General Provisions: All claims based upon the same incident, transaction or related circumstances shall be arbitrated in one proceeding. A claim shall be waived and forever barred if (1) on the date notice thereof is received, the claim, if asserted in a civil action, would be barred by the applicable California statute of limitations, or (2) the claimant fails to pursue the arbitration claim in accordance with the procedures prescribed herein with reasonable diligence. With respect to any matter not herein expressly provided for, the arbitrators shall be governed by the California Code of Civil Procedure provisions relating to arbitration.

Article 5: Revocation: This agreement may be revoked by written notice delivered to the physician within 30 days of signature. It is the intent of this agreement to apply to all medical services rendered any time for any condition.

Article 6: Retroactive Effect: If patient intends this agreement to cover services rendered before the date it is signed (including, but not limited to, emergency treatment) patient should initial below:

Effective as of the date of first medical services

Patient's or Patient Representative's Initials

If any provision of this arbitration agreement is held invalid or unenforceable, the remaining provisions shall remain in full force and shall not be affected by the invalidity of any other provision.

I understand that I have the right to receive a copy of this arbitration agreement. By my signature below, I acknowledge that I have received a copy.

NOTICE: BY SIGNING THIS CONTRACT YOU ARE AGREEING TO HAVE ANY ISSUE OF MEDICAL MALPRACTICE DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY OR COURT TRIAL. SEE ARTICLE 1 OF THIS CONTRACT.

By: _____
Physician's or Authorized Representative's Signature Date

By: _____
Patient's or Patient Representative's Signature Date

By: _____
Print Patient's Name

NewportCare Medical Group

Print or Stamp Name of Physician,
Medical Group, or Association Name

(If Representative, Print Name and Relationship to Patient)

A signed copy of this document is to be given to the Patient. Original is to be filed in Patient's medical records.

©2012 J8881B 8/12

SUBMIT

RESET