



ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

of Wisconsin

There is a Difference.

Forma de Historia Medica

Nombré: _____ Fecha: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Ocupación: _____ Mano de Dominancia: ☐ D ó ☐ I Estatura: _____ Pesó: _____
Médico de Cuidado Primaria: _____
Te referio un Medico? ☐ No ☐ Sí, quien? _____

Motivo de Consulta: (Qué es la razon de su cita? Ejemplo: "Dolor de la rodilla Izquierda")

¿La problema resulto de una herida especifica? ☐ No ☐ Sí, Fecha de herida/lesión: _____

¿Es esta una lesión relacionada con el trabajo? ☐ No ☐ Sí, Fecha de herida: _____

¿Longitud en el tiempo con este empleador? _____ La herida se ha reportado ? ☐ No ☐ Sí

¿Puede describir la heria ó lesión? Sí no sufrió una heria, Como comienzo la problema?

Síntomas: Que síntomas esta experimentando? (Marque lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Dolor | ☐ Debilidad | ☐ Hinchazón | ☐ Pérdida de movimiento/rigidez |
| ☐ Inestabilidad | ☐ Trapa/cierra | ☐ Molienda | ☐ entumecimiento/hormigueo |
| ☐ Clic | ☐ Captura | | |
| ☐ Otro | | | |

Calidad: Describa los síntomas:

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Aguno/filoso | ☐ Constante | ☐ Puñaladas | ☐ Palpitante |
| ☐ Ardiente | ☐ Adolorido | ☐ Irradiando | |

Duración: ¿Por cuánto tiempo ha tenido sus síntomas? _____

Lugar: ¿Donde estan sus síntomas, específicamente? _____

Sincronazicion: ¿Con qué frecuencia tiene su síntomas ? ☐ Ocasional ☐ Frecuente ☐ Constante
¿Cuando ocurren los síntomas? ☐ Con actividad ☐ En las mañanas ☐ En las noches

Severidad: (marque 0=ningun, 10=grave, por favor circule)

En el peor 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

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

Que hace sus sintomas peor? _____

Que hace sus sintomas mejor? _____

¿Ha tenido cirugia en al area? ☐ No ☐ Si: _____

Tratamientos previos: ¿Ha tenido problemas con los tratamientos sigiente?

- | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| ☐ No | ☐ Fisioterapia | ☐ abrazadera | ☐ Medicamentos: |
| ☐ Inyección | ☐ Quiropráctico | ☐ Cirugía: | |

¿Alguno de estos tratamientos proven alivio? ☐ No ☐ Sí, y cuál fue el alivio?

Por favor complete la página 2 en el lado opuesto.

Historial Médico:

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Puede ser

Por favor revise las condiciones médicas anteriores ó actuales:

- | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| ☐ Ninguno | ☐ Anemia | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad del hígado |
| | ☐ Artritis | ☐ Enfermedad del Corazón | ☐ Osteoporosis |
| | ☐ Asma | ☐ Hepatitis | ☐ Próstata |
| | ☐ Coágulos de Sangre | ☐ Hipertensión | ☐ Úlcera del Estómago |
| | ☐ Cáncer | ☐ Colesterol alto | ☐ Stroke/ Convulsiones |
| | ☐ Enfermedad Pulmonar | ☐ VIH | ☐ Enfermedad de la Tiroides |
| | ☐ Depresión | ☐ Latido del corazón Irregular | ☐ Enfermedad Vascular |
| | ☐ Gota | ☐ Psoriasis | |
| | ☐ Otro: _____ | | |

¿Alguna vez has tenido ó ha recibido tratamiento para MRSA (Meticilina Staphylococcus Aureus Resistente)/infección de STAPH? ☐ No ☐ Sí, Fecha despejada: _____

Antecedentes Quirúrgicos: (Por favor escriba cirugías previas/operaciones y fechas)

☐ Ninguno _____

Osteoporosis: ¿Ha sido objeto de una gammagrafía ósea ó DEXA dentro de los últimos 2 años?

☐ No ☐ Si, resultados _____

Medicamentos Actuales: (Por favor escriba los nombres de todos los medicamentos y las dosis está tomando) ☐ Ninguno _____

Alergias a Medicamentos

☐ Ninguno ☐ Sí, que medicamento? _____
Quál fue la reacción? _____

Historia Social:

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Ocupación: _____ Aficiones: _____

Fuma usted? ☐ No ☐ Sí _____ paquetes/por día _____ años

Bebe alcohol? ☐ No ☐ Raro ☐ Social ☐ Diario

Antecedentes Familiares de Condiciones Médicas: (Por favor escriba cualquier problema médico que se encuentre en su familia) ☐ Ninguno _____

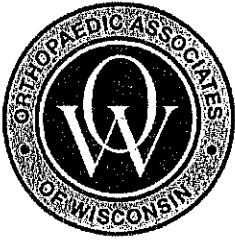
Revisión de los sistemas: Está experimentando cualquiera de los siguientes síntomas?

No ☐ Sí ☐

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| ☐ General: | ☐ Fatiga | ☐ Ganacia ó Pérdida de peso | ☐ Fiebre/escalofríos | ☐ Insomnio |
| ☐ HEENT: | ☐ Cambio en la vision | ☐ Pérdida de la audición | ☐ Dolor en los senos | ☐ Dolor de garganta |
| ☐ Cardiovascular | ☐ Dolor de pecho | ☐ Palpitaciones | ☐ Edema | ☐ Mala circulación |
| ☐ Respiratorio | ☐ Tos | ☐ Falta de aliento | ☐ Sibilancias | ☐ Neumonía |
| ☐ Gastrointestinal | ☐ Vómitos | ☐ Indigestión | ☐ Reflujo Acido | ☐ Dolor de estómago |
| ☐ Genitourinario | ☐ Micción frecuente | ☐ Dificultar de micción | ☐ Sangre en la orina | ☐ FAcil cicatrización |
| ☐ Piel | ☐ Erupción de piel | ☐ Urticaria | ☐ Sensibilidad de piel | ☐ Tremblor |
| ☐ Neurológico | ☐ Dolor de cabeza | ☐ Mareo | ☐ Seizures | ☐ Estrés |
| ☐ Psiquiátrico | ☐ Depresión | ☐ Ansiedad | ☐ Cambios de humor | ☐ Sofocos |
| ☐ Endocrino | ☐ Hypoglycemia | ☐ Diabetes | ☐ Tiroides | ☐ Coágulos de sangre |
| ☐ Hematológico | ☐ Moretones con facilidad | ☐ Sangrado fácil | ☐ Anemia | |
| ☐ Immunológica | ☐ Alergias Estacionales | ☐ Alergias a los alimentos | ☐ Infecciones frecuentes | ☐ VIH |

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Physician Signature: _____ Date: _____



CONSENTASOCIADOS ORTOPÉDICOS DE WISCONSIN

Consentimiento General para Admisión / Tratamiento – ESPAÑOL 2026

****Consentimiento General y Acuerdo para el Pago del Tratamiento****

****1. Consentimiento para el tratamiento:**** Estoy ingresando a una instalación de ASOCIADOS ORTOPÉDICOS DE WISCONSIN (la "Instalación") para recibir atención y tratamiento médico. Doy mi consentimiento para que mi médico, otros médicos tratantes, consultores y/o remitentes y sus asistentes, así como otro personal de la Instalación, me proporcionen todos los servicios médicos, diagnósticos u otros tratamientos que se consideren necesarios y/o apropiados. Esto incluye todas las pruebas, radiografías, procedimientos de laboratorio, tratamientos, medicamentos, monitoreo y transfusiones de sangre que no requieran mi consentimiento informado específico por separado. Entiendo que mi médico o la persona designada por mi médico hablará conmigo sobre mi atención y las opciones de tratamiento. Sé que puedo negarme a dar mi consentimiento para cualquier procedimiento o tratamiento.

****2. Declaraciones generales:**** Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. No se me ha hecho ninguna promesa de curación ni de un resultado específico del tratamiento. Entiendo que muchos de los médicos que me atienden en esta Instalación no son empleados ni agentes de la Instalación, sino que están autorizados por la Instalación para brindar atención y tratamiento a sus pacientes. Entiendo que la Instalación no es responsable por ningún acto u omisión de dichos contratistas independientes, ni por las instrucciones que ellos me den mientras me atienden en la Instalación. Entiendo que es mi responsabilidad seguir las instrucciones de mis proveedores de atención médica y hacer los arreglos necesarios para la atención de seguimiento. Entiendo que, durante el diagnóstico y el tratamiento, pueden extraerse células, tejidos y/o partes de mi cuerpo. Autorizo al personal de la Instalación a conservar o utilizar dichas células, tejidos o partes con fines de enseñanza y/o a desechar cualquier célula, tejido o parte que haya sido extraída.

****8. Pacientes de Medicare y Medicaid:**** Toda la información que proporcioné al solicitar el pago por Medicare/Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga en mi nombre a la instalación antes mencionada por cualquier servicio que me presten. Autorizo a cualquier persona o entidad que posea información médica sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

****9. Fotografías:**** Entiendo que la Instalación puede tomar fotografías y/o imágenes de video de mi persona cuando ello pueda ayudar con mi tratamiento, mi identificación como paciente y fines de seguridad y protección. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para dichas fotografías o videos en cualquier momento antes de que se completen, informando a mis proveedores, verbalmente y/o por escrito, que retiro mi consentimiento para que se sigan tomando fotografías o videos.

****Firma del paciente/tutor:**** _____

****FECHA:**** _____



****3. Estudiantes:**** Sé que la Instalación tiene acuerdos con organizaciones educativas. Entiendo que los estudiantes pueden brindar atención y/o observar mi atención. Toda la atención que reciba de estudiantes será bajo la supervisión de mi médico y/o del personal de la Instalación.

****4. Objetos de valor:**** Se desaconseja enfáticamente mantener objetos de valor en la instalación antes mencionada. Entiendo que la Instalación dispone de un lugar para guardar mis objetos de valor. Si decido conservarlos conmigo, lo hago bajo mi propio riesgo y la Instalación no será responsable por ninguna pérdida o daño a dichos objetos.

****5. Expedientes médicos:**** Entiendo que mi información de atención médica será almacenada, consultada y compartida por mis proveedores de atención médica en un sistema electrónico seguro de expedientes médicos. Una vez que todos mis proveedores documenten mis tratamientos y servicios en este expediente compartido, entiendo que dicha información no podrá separarse. Acepto que mis expedientes médicos puedan compartirse con mi compañía de seguros o sus agentes para obtener una autorización previa para mi atención y respaldar el pago de mis reclamaciones o facturas. Esta divulgación de expedientes puede incluir información relacionada con abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales, VIH y discapacidades del desarrollo. Entiendo que mi información también podrá compartirse con fines de cobranza. En todos los casos en que se divulguen mis expedientes médicos, entiendo que la Instalación solo compartirá la información que sea necesaria.

****6. Beneficios del seguro / Acuerdo de pago:**** Acepto pagar todos los cargos que resulten de la atención y el tratamiento que reciba en la instalación antes mencionada. Entiendo que mi atención y tratamiento pueden requerir análisis de laboratorio u otros estudios diagnósticos bajo la supervisión de un médico independiente, quien podrá facturar por separado. Por la presente cedo a la Instalación y a los médicos y profesionales asociados con ella, para aplicarlos al pago de mi factura por servicios, todos mis derechos y reclamaciones de reembolso conforme a cualquier plan federal o estatal de atención médica (incluidos, entre otros, Medicare o Medicaid), póliza de seguro, plan de atención administrada o cualquier otro acuerdo similar con terceros que cubra costos de atención médica para los cuales pueda haber pago disponible para cubrir el costo de los servicios que se me proporcionen. Entiendo que, si elijo que se facture a mi seguro, es mi responsabilidad asegurarme de que el servicio prestado esté cubierto por mi compañía de



ASOCIADOS ORTOPEDISTAS

zill "i . »t' n , < i n

Hay un Wferenes

Contacto del paciente -
Autorización de visita ambulatoria
para divulgar

Nombre del paciente)

(M.I.) (Apellido del paciente)

(Fecha de nacimiento)

Doy permiso a ORTHOPAEDIC ASSOCIATES OF WI para dejar mensajes y comunicar información médica protegida detallada

(PHI) conocida sobre mí ahora y en el futuro. ORTHOPAEDIC ASSOCIATES OF WI puede dejar recordatorios de citas

Formas de comunicarse Información de salud	Teléfono #	Deje un mensaje detallado en el correo de	Deje un mensaje detallado con cualquier persona en
Celda	()	☐	☐
Trabajo	() Ext.	☐	☐
Casa	()	☐	☐

Además de lo anterior, también puede divulgar información a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre

De la Relación De Teléfono (Name Relationship Phone)

Estoy dando permiso para que ORTHOPAEDIC ASSOCIATES OF WI administre tratamiento médico a mi hijo menor de edad sin mi presencia.

(Nombre legal del menor)

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que se notifique por escrito.

Menor
Consenti

CONSENT

(Nombre Impreso)

(Firma)

(Relación)

(Fecha)

Entiendo qué información sobre mí puede ser comunicada con mis contactos. Esto refleja con precisión mis deseos. Autorizo a ORTHOPAEDIC ASSOCIATES OF WI a utilizar la información que he proporcionado en esta página de este

(Paciente o Tutor Legal/Firma Descartativa; si no es el paciente, enumere el estatus legal)

(Fecha)

Nota: Tutor legal/representante significa el padre, tutor o custodio legal de un paciente menor o paciente adulto. Si usted tiene poder notarial duradero, necesitaremos documentación sobre la información antes de

Spanish - Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice
RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LAS REGLAS DE PRIVACIDAD

Su privacidad y la privacidad de su información médica protegida son importantes para nosotros. Para proveerle cuidado médico, nosotros debemos compartir su información médica.

Nuestras Reglas de Privacidad le proporcionan información sobre cómo podríamos usar y revelar su información médica protegida. Usted tiene el derecho a leer nuestras Reglas de Privacidad antes de firmar este Acuse de Recibo.

Nuestras Reglas de Privacidad podrían cambiar con el tiempo. Si cambiamos nuestras reglas, nosotros le proporcionaremos una copia nueva la próxima vez que reciba cuidado médico.

He leído lo arriba mencionado. Recibí una copia de las "Reglas de Privacidad" de ProHealth Solutions.

Firma del paciente o tutor representante

Fecha

Nombre con letra de imprenta del paciente o tutor representante

Si es el tutor representante, enuncie el parentesco

