

JOHANNES V. BLOM, MD
CIRUJANO ORTOPEDICO CERTIFICADO POR LA JUNTA
CIRUGIA RECONSTRUCTIVA Y ORTOPEDIA GENERAL

INFORMACION DEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Cuadro # _____

Fecha de cita: _____

Email: _____
Celular: _____
Hogar: _____
Apto.: _____
C.P.: _____
Nombre del paciente: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ O ☐ V Idioma principal: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo ☐ M ☐ F # de Seguro social: _____
Empeador: _____ Trabajo #: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
Medico primario: _____ Consultorio # _____
Problema ortopedico: _____ Medico que remite: _____
Tipo de lesion: Auto _____ Trabajo _____ Resbalar y caer _____ Fecha del accidente: _____
¿Como sucedio el accidente? _____
Nombre del conyuge/padre: _____ Empleador: _____
Contacto de emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono #: _____

INFORMACION DEL SEGURO

<u>Seguro primario</u>	<u>Seguro secundario</u>
Nombre del seguro: _____	Nombre del seguro: _____
Nombre del asegurado: _____	Nombre del asegurado: _____
Sexo del asegurado: ☐ Hombre ☐ Mujer	Sexo del asegurado: ☐ Hombre ☐ Mujer
Fecha de nacimiento del asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Relacion con el asegurado: _____	Relacion con el asegurado: _____
Numero de identification del sucriptor: _____	Numero de identification del sucriptor: _____
Numero de grupo: _____	Numero de grupo: _____

SEGURO DE AUTOMOVIL

Fecha del accidente: _____
Nombre del paciente: _____ Telefono #: _____
Asegurado: _____
Nombre de la compania de seguros: _____
Poliza #: _____ Reclamacion #: _____
Tel. #: _____ Ajustador: _____

INFORMACION DE ABOGADO

¿Algun litigio pendiente relacionado con su lesion? _____
Nombre del abogado: _____ Telefono #: _____
Direccion del abogado: _____ Fax #: _____
Email: _____



JOHANNES V. BLOM, MD
Board Certified Orthopedic Surgeon
Adult Reconstructive Surgery & General Orthopedic

Ha tenido o tiene actualmente cualquiera de los siguientes problems de salud?			Altura: _____
☐ Diabetes	☐ Inetestino Irritable	☐ Colesterol alto	Peso: _____
☐ Presion Arterial Alta	☐ Arthritis reumatoide	☐ Migrana	Allergias a medicamentos: _____ _____
☐ Enfermedad Cardiaca	☐ Eczema/Psoriasis	☐ Mareo	
☐ Ataque al Corazon	☐ Enfermedad renal	☐ Gastritis	
☐ Asma/ Bronquitis	☐ Enfermedad hepatica	☐ Prostatitis	
☐ Probelmas vasculares	☐ Panico/Ansiedad	☐ Cancer	
☐ Gota	☐ Trastorno del Sistema nervioso	☐ Otro	
☐ Trastorno urinario	☐ Exposion a VIH		Encierra en un circulo la respuesta:
☐ Trastorno psicologico	☐ Epilepsia		Si/ No Fuma tabacoo _____ cuanto/ al dia por ____ anos
☐ Deglucion	☐ Depresion		Si/ No Toma alcohol _____ por semana/al mes
☐ Ulceras estomacales			
☐ Tiroides			
☐ Historial de fracturas: _____			
Tiene marcapasos?	☐ Yes	☐ No	
Puede tomar Aspirina?	☐ Yes	☐ No	

Medication:

Pharmacy Name:	Pharmacy Phone Number:
_____	_____
_____	_____

Surgeries:	Date:	Surgeons:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma: _____ **Fecha:** _____



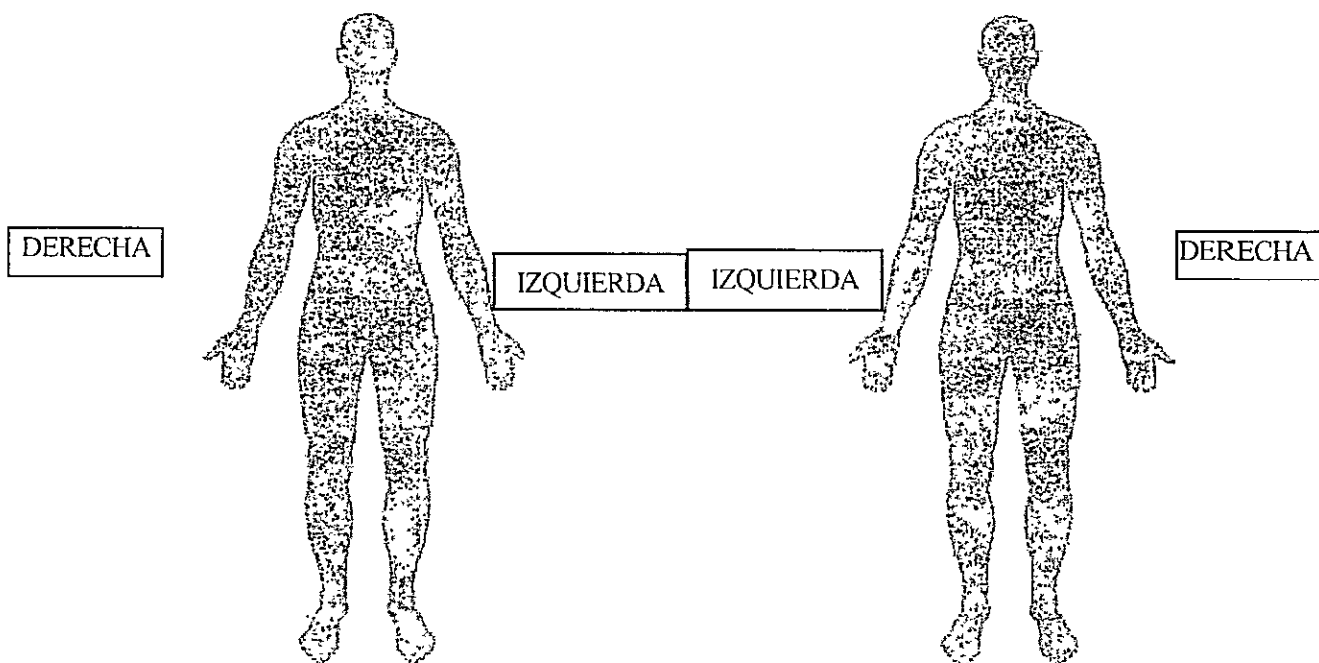
JOHANNES V. BLOM, MD

Board Certified Orthopedic Surgeon
Adult Reconstructive Surgery & General Orthopedic

- En las siguientes diagramas, por favor indique donde tiene el dolor con un **X**:

FRENTE

ESPALDA



Are you experiencing any of the following symptoms?

- | | |
|--|---|
| ☐ Dolor de brazo/hombro | ☐ Dolor de cabeza |
| ☐ Fatiga | ☐ Dolor de cuello |
| ☐ Dolor de pierna | ☐ Irritabilidad |
| ☐ Dolor abdominal | ☐ Dificultad para dormir |
| ☐ Ansiedad/Depresión | ☐ Mareo |
| ☐ Entumecimiento/ Hormigueo | ☐ Náusea |
| ☐ Dolor de espalda | |

Nivel de dolor:

(no dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (mucho dolor))



JOHANNES V. BLOM, MD

Cirujano ortopédico certificado

Cirugía reconstructiva y ortopedia general en adultos

CESIÓN DE BENEFICIOS

PACIENTE: _____

Yo, el Paciente abajo firmante, poseo y cedo todos los derechos y beneficios de todos los seguros de protección contra lesiones personales aplicables a Johannes V. Blom, MD PA por los servicios prestados o los insumos proporcionados para el tratamiento de las lesiones personales que sufrí el _____ (fecha) de conformidad con la Ley 627.736 de Florida.

Esta Cesión incluye, entre otros, todos los derechos de recaudación de beneficios directamente de la compañía aseguradora por los servicios que yo haya recibido y todos los derechos de proceder en contra de la compañía aseguradora obligada a proporcionar los beneficios, incluso de presentar una demanda legal si, por cualquier motivo, la compañía aseguradora no efectúa los pagos de los beneficios que se me adeudan. En concreto, esta cesión incluye el derecho de recaudar pagos por los costos razonables asociados a la copia y envío postal de expedientes a la compañía aseguradora, a solicitud de ésta y de conformidad con la Ley 627.737 de Florida.

Por medio de la presente, doy instrucciones a la compañía aseguradora a que, en caso de que los beneficios médicos en cuestión sean impugnados por cualquier motivo, incluida la relación, la razonabilidad y la necesidad médicas, el importe de los beneficios reclamado por Johannes V. Blom, MD PA se aparte y no se pague sino hasta que se resuelva la controversia.

Como parte de esta cesión de derechos y beneficios, además doy instrucciones a la compañía aseguradora para que notifique de inmediato al proveedor sobre cualquier controversia en cuanto al pago, de manera que este pueda hacer valer sus derechos legales. He leído la información contenida en el presente documento y declaro que es veraz a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente en letra de molde



JOHANNES V. BLOM, MD

Cirujano ortopédico certificado

Cirugía reconstructiva y ortopedia general en adultos

Estimado nuevo paciente:

Tenemos entendido que usted acudió a nuestro consultorio médico para recibir tratamiento debido a las lesiones traumáticas que sufrió.

Nuestro consultorio médico no está en la red de ninguna aseguradora médica privada y no admite Medicare ni otros planes o beneficios de seguros médicos públicos.

Ofrecemos una opción de pago alternativa que le permitirá diferir los pagos de sus costos médicos, así como enfrentar esta situación financiera imprevista y prepararse para ella.

Con mucho gusto, responderemos todas sus preguntas antes de que firme este documento. Asimismo, podrá solicitar a un abogado de su elección que revise este documento antes de firmarlo.

Al firmar al calce, usted declara que entiende que el consultorio no admite beneficios de seguros médicos o Medicare y que el consultorio médico respondió satisfactoriamente todas sus preguntas a este respecto.

Por medio del presente, yo, _____ confirmo que este consultorio médico no acepta beneficios de seguros médicos ni Medicare, deseo que se me examine y trate en este consultorio médico, y comprendo que soy personalmente responsable de solventar todas las facturas médicas por los gastos de mi tratamiento.

Firma del Paciente

Fecha



JOHANNES V. BLOM, MD

Cirujano ortopédico certificado
Cirugía reconstructiva y ortopedia general en adultos

ACUERDO DE PAGOS DIFERIDOS (APD):

1. Por medio del presente, Johannes V. Blom, MD PA (en adelante, el "Consultorio") acepta prestar el tratamiento y la atención médicamente necesarios al paciente antes mencionado de conformidad con los términos y condiciones de este acuerdo.
2. Yo, _____ (en adelante, el "Paciente") comprendo que este Consultorio no participa en una red de ninguna aseguradora médica privada y tampoco en Medicare. Por consiguiente, acepto que se me examine y trate de conformidad con este acuerdo de pago con el Consultorio.
3. El Consultorio acepta proporcionarme el tratamiento y la atención médicamente necesarios, así como cobrarme según sus tarifas habituales y razonables.
4. En virtud de este acuerdo, el Consultorio diferirá el cobro de estas facturas médicas como se estipula a continuación.
5. Comprendo y acepto que soy personalmente responsable de solventar todos los gastos médicos que me facture el Consultorio por mi tratamiento y si en algún momento incumplo esta obligación, seré objeto de una acción de cobranza o de un litigio civil iniciado por el Consultorio para recuperar la deuda médica antes descrita. Mis obligaciones en virtud de este Acuerdo son individuales y no están supeditadas a ninguna otra contingencia ni acontecimiento.
6. Comprendo que tengo derecho, antes de someterme a cualquier tratamiento o procedimiento en el Consultorio, a solicitar por escrito (el Consultorio me proporcionará el formulario a petición) un cálculo de los costos médicos que se facturarán.
7. Si he contratado a un abogado, solicito e indico al Consultorio que siga mis instrucciones en cuanto a que todos mis expedientes médicos, cálculos de costos de atención y tratamiento, así como las facturas médicas reales por los servicios prestados se envíen directamente a la oficina del abogado, de manera que yo pueda solicitarle asesoría durante mi cuidado y tratamiento médicos.

8. El Consultorio acepta diferir el cobro de todas las facturas que se me entreguen durante 24 meses a partir de la fecha de mi primer tratamiento médico, sin intereses.

Si mi deuda médica se mantiene pendiente de pago al término de ese período, acepto pagar una Tasa de Porcentaje Anual (en adelante, "TPA") de 5 % sobre la deuda médica contraída por el tercer año en que la deuda permanezca pendiente.

Asimismo, acepto pagar una TPA de 5 % por cada año adicional en que la deuda permanezca pendiente durante un período de hasta cinco años, a menos que haya negociado un acuerdo de pago con el Consultorio o se haya iniciado una acción de cobranza o un litigio civil para recuperar la totalidad de la deuda médica y los intereses asociados pendientes.

9. Yo, el Paciente, suscribo este acuerdo de manera libre y voluntaria. Se me otorgó la oportunidad de plantear todas mis preguntas al personal del Consultorio y recibí respuestas satisfactorias.
10. Además, tuve la oportunidad de solicitar a un abogado de mi elección que revisara este Acuerdo antes de firmarlo.

Paciente/tutor legal (si el paciente es un menor): Representante del Consultorio:

Firma

Firma

Fecha: _____

Fecha: _____



JOHANNES V. BLOM, MD

Board Certified Orthopedic Surgeon
Adult Reconstructive Surgery & General Orthopedic

COPIAS DE RAYOS X

Todas las radiografías tomadas por esta oficina son propiedad de JOHANNES V. BLOM, MD. Bajo ninguna circunstancia se pueden sacar originales de esta oficina. Todos los originales se mantendrán en esta oficina en todo momento.

Si se solicitan copias, se requiere por lo menos de un aviso de 24 horas y habrá un cargo de \$10.00 por película por materiales, pagados por adelantado. Su consideración es apreciada.

Firma del paciente (si el paciente es menor de edad, firma del padre o tutor)

POLITICA DE CARGO POR CANCELACION DE CITA

Vaoramos su tiempo y paciencia cuando viene a nuestro consultorio. A cambio le pedimos que entienda que nos esforzamos para atenderlo lo mas eficientemente possible y necesitamos su ayuda para hacerlo. Le pedimos que por favor nos proporcione un aviso de 24 horas si necesita cancelar o reprogramar su cita. Esto nos ayuda a server a otros pacientes que tambien requieren de nuestros servicios. En caso de que usted no se presente a la cita y no llame para cancelarla reprogramarla, Habra un cobro de \$25 que se le cargaran en su proxima visita.

Agradecemos su comprension de este asunto y esperamos poder servirlo.

Yo, _____, he leído y comprendido la política anterior. Entiendo que se me cobrará si no proporciono un aviso de cancelación de cita con 24 horas de anticipación.

Firma: _____
(Paciente / padre / tutor / guardian)

Fecha



JOHANNES V. BLOM, MD
BOARD CERTIFIED ORTHOPAEDIC SURGEON
RECONSTRUCTIVE SURGERY & GENERAL ORTHOPAEDICS

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información medica para tratamiento, pago, y operaciones de salud compartida.

Yo, _____, entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina origina y mantiene documentos y/o registros electrónicos que describen mis antecedentes de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para tratamiento future. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento.
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual un terceros pagador puede verificar que los servicios facturados fueron en realidad proporcionados.
- Una herramienta para el direccionamiento de las operaciones de cuidados de la salud, tales como evaluacion de la calidad y revision de eficiencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y se me ha proporcionado un aviso de las prácticas de información que proporcionan una descripción más completa de información utilizada y divulgacion. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.
- El derecho a oponerme al uso de mi información de salud para fines de directorio.
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo utilizar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica.

Entiendo que esta oficina no esta obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar por escrito este consentimiento, salvo en la medida en que la organización ya haya tomado acciones de seguridad sobre el mismo. También entiendo que, al negarme a firmar o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme según lo permitido por la sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Además, entiendo que esta oficina institución se reserva el derecho a cambiar su aviso y sus prácticas y la aplicación anterior, de conformidad con la sección 164.520 del código de regulaciones federales. En caso de que esta oficina cambie su aviso, se le enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que ha proporcionado.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información o otra entidad y doy mi consentimiento a dicha divulgación para estos usos permitidos, incluyendo divulgacion a traves de fax.

Autorizo a esta oficina para hablar de mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica con las siguiente personas:

Entiendo completamente y acepto/declino los términos de este consentimiento.

Firma del paciente

Fecha



JOHANNES V. BLOM, MD
Board Certified Orthopedic Surgeon
Adult Reconstructive Surgery & General Orthopedic

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted da por recibido el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE JOHANNES V. BLOM, MD, PA. Nuestro AVISO DE PRIVACIDAD proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica de protegida. Lo animamos a leerlo en su totalidad.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, por favor pongase en contacto con nuestro Responsable de Cumplimiento en:

3702 Washington Street, Suite 202
Hollywood, FL 33021
(954) 964-6114

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado comunicándonos con nosotros a la dirección antes mencionada.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Johannes V. Blom, MD, PA.

Firma: _____
padre / tutor / guardián)

_____ (Paciente /
Fecha:

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO

Para completar solo si no se obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo, y las razones por las cuales no se obtuvo:

Firma del representante del proveedor: _____

Fecha

Un acuse de recibo no fue obtenido porque:

- El paciente se negó a firmar.
- El paciente fue incapaz de firmar o poner sus iniciales debido a:

- Hubo una emergencia médica (el miembro del personal tratara de obtener el reconocimiento en acuse de recibo en la próxima oportunidad disponible).

Otros motivos: _____

Johannes V. Blom, MD

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I, _____, Date of Birth ____/____/____,
Authorize to release my medical records to:

To release to: _____
Name of Hospital, Physician or Facility

Street Address

City State Zip Code

Phone# Fax#

Any medical information concerning my treatment, including psychological, psychiatric, drug abuse, alcoholism, AIDS, Aids testing and care of hospitalization which may be in your care.

Date Patient Signature



JOHANNES V. BLOM, MD
Board Certified Orthopedic Surgeon
Adult Reconstructive Surgery & General Orthopedic

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Consentimiento para mensajes de texto:

Como parte de las comunicaciones de nuestra clínica con usted, podemos enviarle mensajes de SMS (texto) directamente a su teléfono.

- ☐ **Otorgo mi consentimiento** y acepto recibir **mensajes de texto**. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Proporcione su número de teléfono celular: _____
- ☐ No otorgo mi consentimiento para recibir ningún mensaje de texto.

Consentimiento para correo electrónico:

El uso del correo electrónico se limita a hacer o cancelar citas y enviar recordatorios de citas. Debido a asuntos de seguridad, los detalles del caso de una persona no se pueden comentar por correo electrónico. El correo electrónico tampoco puede ser utilizado como medio para proporcionar servicios. Usted también acepta no utilizar la dirección de correo electrónico de la clínica cuando intente ponerse en contacto con ella o con su proveedor de servicios en caso de una emergencia, ya que nuestra clínica no puede garantizar una respuesta rápida por correo electrónico.

Al firmar, también es consciente de que el correo electrónico no es una forma garantizada o segura de enviar y recibir información, y que usted no puede responsabilizar a nuestra clínica o a su proveedor de servicios por cualquier infracción de la confidencialidad que se produzca por el uso de las direcciones de correo electrónico que se indican a continuación.

- ☐ **Otorgo mi consentimiento** y acepto el riesgo de recibir información por correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
Correo electrónico: _____
- ☐ No otorgo mi consentimiento para recibir ninguna información por correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar de opinión y otorgar mi consentimiento posteriormente.

Nombre del paciente en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del paciente