



Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine

100 Hospital Drive
Suite 303
Vallejo, CA 94589
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249
www.baosurgery.com
administrator@baosurgery.com

Sustancia controlada acuerdo con receta

Este es un acuerdo entre el paciente y el medico para ayudar a facilitar la distribucion legal de sustancias controladas para el alivio del dolor cronico. Entiendo que el objetivo del tratamiento durante el uso de esas sustancias controladas es mejorar mi capacidad para funcionar y para aliviar la angustia del dolor. Me doy cuenta que mi dolor no puede ser totalmente aliviada por el uso de medicamentos de sustancia controladas (drogas).

Responsabilidades del paciente

Iniciales Soy responsable de mis medicamentos. Si la prescripcion o medicamentos de perdida robo o fuera de lugar. **ENTIENDO QUE EL MEDICAMENTO NO SERA REMPLAZADO.**

Iniciales Medicamentos para el dolor pueden causar somnolencia, especialmente cuando se toman con otros sedantes drogas. No beba alcohol mientras toma el medicamento que le recetaron. Voy a tener cuidado al tomar otros medicamentos sedantes, incluyendo medicamentos de venta libre sin receta (como los antihistamminicos).

Iniciales Voy a tomar la medicacion segun lo prescrito. Si mi dolor se alivia o i disminuido gradaulmente disminuira por la cantidad de medicamento que estoy tomando. si you uso todo el menicamento antes de lo que la duracion prescrita, **YOU ENTIENDO QUE EL MEDICAMENTO NO SERA MAS PRONTO RELLENADO.**

Iniciales Entiendo que la solicitud de relleno deben ser recibidas antes del mediodia del dia anterior al dia recarga designado. **NO HABRA EXCEPCIONES.**

Iniciales Me comunicare con mi farmacia 48 horas antes de la fecha de mi medicacion se acabe. Mi farmacia fax la solicitud a la oficina para su aprobacion. Entiendo que mi medicacion no sera aprobada si no puedo solicitar un recarga antes de la fecha de recarga de 48 horas. **Solo un medico** (MD, PA, or NP) le recetera todo tipo de estupefacientes o medicamentos en un momento dado. Entiendo que si recibo medicacion narcotica de multiples proveedores que es motivo de **INMEDIATO CESE DEFINITIVO DE CUIDADO.**

Iniciales Voy a recibir todos los menicamentos de sustancias controladas(drogas) de una farmacia. **ESTOY DE ACUERDO EN NO EXCEDA LA CANTIDAD DE LA MEDICACION PRESCRITA.**

He leído y entendido la politica anterior en renovaciones de medicamentos.

Name: _____ Date of Birth _____

Firma _____ Fecha _____



Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine

100 Hospital Drive
Suite 303
Vallejo, CA 94589
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249
www.baosurgery.com
administrator@baosurgery.com

Apellido _____ **Nombre** _____ **DOB** _____ **Fecha de lesion:** ___/___/___

Motivo de consulta(resumir): _____

Antecedentes medicos: (Por favor ponga una marca en "Si" o "No" para indicar si ha tenido alguna de las siguientes):

Anemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Atencion psiquitrica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Angina	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hypertension	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	EPOC	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Articulacion o implante	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Coronariopatia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Valvulas de Corazon artificial	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Gota	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Migranas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nefopatia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatopatia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Perdida de peso	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Coagulo Sanguieno	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Varices	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hemorragia trastorno	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	VII	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Diabetes: Tipio I	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Diabetes: Tipio 2	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Antecedentes Quirurgicos:

_____	Fecha	___/___/___
_____	Fecha	___/___/___
_____	Fecha	___/___/___

Farmacia : _____ **Localidad:** _____

Medicamentos Actuales (SI Usted es un paciente con el tratamiento del dolor traer botellas)

Nombre de medicamento	Fuerza	Dosificacion	Prescriptor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergia: _____ **Reaccion:** _____ **Sin alergias medicamentosas conocidas** _____

Historia familiar:(una sitesis de las anteriores)

Altura: _____ **Peso:** _____ **Nivel de dolor (1-10)** _____ **Emparazado:** Si No N/A

Cigarillos/tabaco: Todo los dias Algunos dias Ex fumador Nunca

Alcohol: Si No **Describir uso:** _____

Drogas recreativas: Si No **Describir Uso:** _____

Estado de empleo: Empleado: Profession: _____ Discapacitado Desempleado

Raza: _____ **Etnicidad:** _____

Consentimiento: Yo certifico que la informacion aterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo Bay Area Orthopedics and Pain de administrar y llevar a cabo tales procedimientos que se consideren necesarios en el dianostico y tratamiento

Firma de Paciente/tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACION PERSONAL

Nombre de paciente _____



Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine

100 Hospital Drive
Suite 303
Vallejo, CA 94589
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249
www.baosurgery.com
administrator@baosurgery.com

Apellido, Nombre _____

MI _____

Garante

Apellido, Nombre _____

Direccion

Casa _____ Cell _____ Compania de Cell _____

Correo electronico

Contacto de Emergencia

Se puede entregar informacion a esta persona respecto a su cuidado Si NO

Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Estado Civil _____

Numero de seguro _____ No de Licencia _____

Informacion de empleo (Llenar para el padre o tutor si el paciente es menor de edad) Discapacitado Desempleado

Ocupacion _____ Empleador _____

Direccion

Telefono

Informacion principal proveedor de atencion

Medico de atencion primaria _____ Telefono _____

Medico remitente _____ Telefono _____

The following information is a requirement by the federal government please visit www.cms.gov

LANGUAGE English French Chinese Spanish Japanese Farsi Italian

RACE: _____ ETHNICITY _____

Seguro por favor complete esta seccion en su totalidad

(Si una lesion relacionada con el trabajo por favor pase y continuar a la siguiente seccion)

Seguro primario

Seguro _____ Poliza/suscriptor# _____

Grupo# _____ Nombre del suscriptor _____

Relacion a paciente si mismo esposo(a) hijo(a) Fecha de nacimiento de suscriptor _____
(ensierre en circulo)

Seguro Secundario

Seguro _____ Poliza/suscriptor# _____

Grupo# _____ Nombre del suscriptor _____

Relacion a paciente Si mismo Esposo(a) Hijo(a) Fecha de nacimiento de suscriptor _____
(ensierre en circulo)

Compensacion de trabajo o reclamaciones de responsabilidad (a rellenar solo si una lesion relacionada con el trabajo o de terceros la demanda)

Fecha de lesion _____ Numero de reclamacion: _____

Compania de seguro: _____

Dirreccion _____

Ajustador _____ Telefono _____ Fax _____

Pharmacy Bin# _____ Pharmacy Group # _____

Empleador al momento de la lesion:

Dirreccion _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____



Bay Area Orthopedic Surgery and Sports Medicine

100 Hospital Drive
Suite 303
Vallejo, CA 94589
Ph 707-645-7210 Fax 707-645-7249
www.baosurgery.com
administrator@baosurgery.com

Consentimiento

Yo autorizo a los proveedores de Bay Area Orthopedics de retener todos mis registros medicos e informacion en formato electronico. Estos registros se mantendran de forma segura, confidencial y debera cumplir con los reglamentos de HIPAA para la confidencialidad del paciente. Estos registros no se haran publicos sin el consentimiento del paciente o tutor legal. Esta autorizacion permanecera en efecto hasta que sea revocado por escrito. Entiendo que se me ha proporcionado una copia de la Notificacion de Practicas de Privacidad y que la version completa esta disponible y tambien se publican en esta oficina

Firma: _____ Fecha: _____

Seguro de autorizacion y asignacion

Por la presente autorizo a Bay Area Orthopedics a proporcionar informacion a la compania de seguros con respecto a mi tratamiento. Esta autorizacion permanecera en efecto hasta que sea revocado por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____

Las obligaciones de pago (ver anexo Practic Politica Financiera BAO 1004)

Por la present cedo, Bay Area Orthopedics todos los pagos por sevicios medicos prestados a mi o mis dependientes hasta que sea revocado por escrito. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por mi seguro en el momento de sevicio para incluir lo co-pagos, deducibles, y servicios no cubiertos. Tambien entiendo que si no cumlpo con mis obiligaciones de pago a Bay Area Orthopedics y alrededores, mi cuenta estara sujeta a un proceso de colecciones completas. Los gastos relacionados con el costo de las colecciones y/o procedimientos judiciales sera mi responsibilidad. Yo reconozco que he leido una copia de la Finaciera BAO la pratica la politica de 300 y que una copia se pondra a deposicion para que guarde en mi solicitud o que la pueda recuperar de www.baosurgery.com.

Firma: _____ Fecha: _____

Solo los pacientes de Medicare

Todos los pacientes de Medicare deben firmar un beneficiario vida autorizacion reclamacion. Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Bay Area Orthopedics por los servicios prestados por el medico. Autorizo a cualquier poseedor de informacion medica sobre mi a counicar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos a los servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago sea hecho y aurtoriza la divulgacion de la informacion medica necesaria para pagar el reclamo. Si el seguro de salud se indica en el punto 9 a las reclamaciones presentadas por via electronica, el medico o el proveedor se compromete a aceptar la determinacion de la de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable solo por el deducible, co-seguro y servivios no cubiertos. Co- seguros y deducibles se basan en la determinacion de la carga de Medicare

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso: Los medicos cuentan con licencia y esta regulado por la Junta Medica de California,
1-800-633-2322 www.mbc.ca.gov