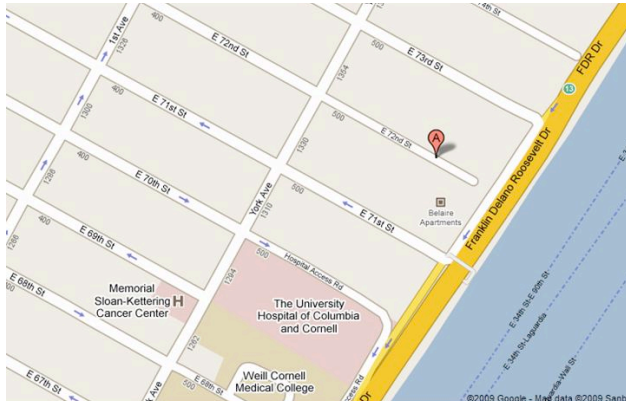


Dirección de la oficina:

Numero 535 Este de la Calle 72. Planta Baja.
Nueva York, NY 10021
Tel: +1 212 774 7124
Fax: +1 212 774 7505

Dirección de correo:

Hospital for Special Surgery
535 East 70th Street
New York, NY 10021



La oficina se encuentra en el Edificio Profesional de Hospital for Special Surgery en la vereda norte de la calle 72 (Bandera con la letra A en el mapa)

Para obtener un mapa completo del hospital, direcciones para llegar en automóvil, parking e información sobre transporte público, por favor acceda a: <http://www.hss.edu/maps-directions.asp>
La oficina se encuentra en el Edificio 6 del campus.

Es fundamental que imprima, complete y traiga a su consulta las siguientes cuatro páginas y complete los formularios que contienen. Por favor, incluya la mayor cantidad de detalles posible.

Por favor, complete y firme los formularios en las dos páginas siguientes.

El *tercer formulario* es el que utilizaré durante su consulta. Sus respuestas guiarán mis recomendaciones. Por favor, complete la primera página de ese formulario incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono de su médico de familia. Puedo enviarle copias de mi informe a su médico de familia para un tratamiento multidisciplinario de su problema. La segunda página del formulario será completada por mí durante su consulta.

Horas de Oficina: Lunes a Viernes, 9 AM a 5 PM.

Seguros médicos que aceptamos: Aetna, Blue Cross Blue Shield PPO y EPO, Cigna, Healthnet, Multiplan, Oxford, PHCS, y United Healthcare. Proveo servicios a pacientes con Medicare.

Finalmente, cuando venga a mi oficina, por favor, apague su teléfono móvil, su beeper o cualquier otro tipo de aparato electrónico antes de entrar en la sala de consulta.

Cordialmente,

Alejandro González Della Valle, MD

Alejandro González Della Valle, MD
FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES – POR FAVOR ESCRIBA

Fecha :				PCP:			
INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido:		Nombre:		Inicial:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	
						<input type="checkbox"/> Sta. Estado Civil (marque uno) Solt / Cas / Div / Sep / Viudo	
¿Es este su nombre legal?		Si no: ¿Cual es tu nombre legal?		Nombre previo:		Fecha de Nacimiento:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						Edad: Sexo: / / <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección:				Numero de Seguro Social:		Teléfono:	
						()	
Casilla postal:		Ciudad:			Estado:		Código Postal:
Profesión:		Empleador:			Teléfono de su empleador:		
					()		
¿Quien lo refirió a mi oficina?:				<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Seguro Medico <input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo		<input type="checkbox"/> Cercano a su casa/trabajo		<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas		<input type="checkbox"/> Otro	
¿A que familiar suyo vi en mi oficina?							
INFORMACION DE SEGURO MEDICO							
(Por favor de darle la tarjeta del seguro a la recepcionista.)							
Titular de la cuenta:		Fecha de nac:		Dirección (si es diferente):		Numero de teléfono:	
		/ /				()	
¿Es esta persona paciente mío? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Profesión:		Empleador:		Dirección de el empleador:		Teléfono del empleador:	
						()	
¿Esta Usted cubierto por ese seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Cuál es su seguro primario?		<input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> BC/BS PPO		<input type="checkbox"/> BC/BS EPO	
						<input type="checkbox"/> CIGNA <input type="checkbox"/> OXFORD	
<input type="checkbox"/> UNITED HEALTH CARE		<input type="checkbox"/> MULTI PLAN		<input type="checkbox"/> PHCS		<input type="checkbox"/> OXFORD MEDICARE	
						<input type="checkbox"/> OTRO:	
Nombre del Titular del Seguro:		Num. de SS del Titular:		Fecha de nac.:		Numero de grupo:	
				/ /			
Relación con el Titular:		<input type="checkbox"/> Usted		<input type="checkbox"/> Esposo/a		<input type="checkbox"/> Hijo/a	
						<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de seguro secundario (si le aplica):		Nombre de el titular:			Num. grupo:		Num. de Póliza:
Relación con el Titular:		<input type="checkbox"/> Usted		<input type="checkbox"/> Esposo/a		<input type="checkbox"/> Hijo/a	
						<input type="checkbox"/> Otro	
CONTACTO DE EMERGENCIA							
Nombre de un pariente o amigo (que no viva con Usted):				Relación con Usted:		Num. de teléfono:	
						()	
						()	
<p>CESIÓN Y LIBERACIÓN DE BENEFICIOS: Certifico que esta información es correcta. Entiendo que esta información se introduce en una base de datos, y autorizo el intercambio de dicha información con médicos del hospital que son responsables de mi cuidado y de sus oficinas. Autorizo la divulgación de la información relacionada con mi atención médica, según lo solicitado por los organismos gubernamentales y/o por seguros. Por la presente asigno beneficios a Alejandro González Della Valle, MD y comprendo, en ausencia de cobertura de seguro, acepto la responsabilidad legal para el pago completo de los servicios prestados</p> <p>Pacientes de Medicare: Yo certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago en virtud del Título XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Entiendo que soy responsable de los deducibles de seguros en todos los servicios, el 20% de coaseguro en los servicios auxiliares. Me comprometo a seguir las condiciones de pago en virtud de las políticas del Hospital cuando Medicare es mi seguro secundario. Esta cesión se mantendrá en efecto hasta ser revocada por mí por escrito</p>							
Firma del Paciente/Guardian				Fecha			

Número de historia clínica: _____

ACUSE DE RECIBO Y AUTORIZACION

Con mi firma a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia de este Aviso sobre prácticas de confidencialidad y por lo tanto, he sido notificado de cómo el médico de práctica privada, consignado al inicio de este aviso, podrá utilizar y divulgar mi información de salud, como así también cómo yo podría solicitar copias de los formularios de autorización separados sobre protecciones especiales de la confidencialidad aplicables a la información relacionada al VIH/SIDA, al tratamiento del alcoholismo y abuso de sustancias, a la salud mental y a información genética. Por último, mediante mi firma a continuación, doy mi consentimiento para la utilización y divulgación de mi información de salud para atenderme y para que se disponga mi atención médica, para solicitar y recibir el pago por los servicios brindados; así como también, para las operaciones administrativas de esta práctica, sus médicos y su personal.

Firma de paciente o de su representante personal

Escriba el nombre del paciente o de su representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso o desea mayor información, comuníquese con la secretaria de su médico.

<p>For Office use only: If the patient does not sign this acknowledgement and consent form, record here the good faith efforts made to obtain this acknowledgement and consent.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

Por favor, escriba claramente:

Fecha de consulta: ___/___/___

Nombre: _____, _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
Apellidos NombreDirección: _____
Número Calle Apartamento Ciudad Estado Código PostalTeléfono: (____) _____ (____) _____ E mail: _____
Casa TrabajoRecomendado por: _____, _____ Teléfono: (____) _____
M.D. or persona Apellidos NombreDirección: _____
Número Calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Edad: ____ Raza: hispano, caribeño, otro Sexo: Hombre Mujer Lado: derecho, izquierdo, ambos

C
I
R
C
U
L
E

L
A

R
E
S
P
U
E
S
T
A

C
O
R
R
E
C
T
A

¿Desde cuando le duele la cadera? _____ años, _____ meses

¿Cómo es su dolor? Leve Moderado Severo

¿Últimamente, el dolor está Mejorando ? Empeorando

¿Le permite el dolor de su cadera sentarse, acostarse o dormir confortablemente? Si ? No

¿Qué medicación que toma para aliviar el dolor de cadera?

¿Le alivian el dolor? Si ? No

¿Cuánto puede caminar confortablemente sin dolor? Distancias ilimitadas, varias cuadras (bloques), pocas cuadras, menos de una cuadra, dentro de casa, utiliza una silla de ruedas o está en cama.

Necesita un bastón(es), muleta(as), andador silla de ruedas nada

Salir y entrar en su coche es Fácil Difícil

¿Puede subir y bajar las escaleras sin pasamano? Si No

¿Puede subir y bajar las escaleras alternando sus pies continuamente? Si No

¿Puede cortarse las uñas de los pies del lado afecto? Si No

¿Cómo es su calidad de vida con su problema de cadera? Aceptable ? Inaceptable

Profesión: ¿Con quién vive?

Liste sus problemas médicos: enfermedades, cirugías previas, fracturas, luxaciones, problemas mentales, y/o emocionales:

Liste su medicación habitual:

Alergias: Látex , Iodo, Antibióticos

Nombre, dirección y teléfono del médico (s) que tratan otros problemas que usted tiene:

(NO ESCRIBA EN ESTA PAGINA)

Today's Weight: : _____ kg / lbs

Ideal: _____ kg / lbs

Height: _____ m / “ “

Over: _____ kg / lbs
Hg

Blood pressure: _____ / _____ mm

	Normal	Involved, not impairing	Involved, impairing
U.E. for walking aids			
Back / neck			
Knees			
Feet			
Neu / Vas / Thr / Inf			

Smokes:

Drinks:

		Right	Left			Right	Left
Limp without support				Seated flexion			
Trendelenburg				Supine SLR			
Shortening	Functional			Side abduction			
	Actual			Prone extension			
Flexion				Knee	Valgus		
Abduction					Varus		
Adduction				Extension			
Internal rotation				Flexion			
External rotation				Stability			
Extension				H S S H i p S c o r e			
Supine abduction				Pain			
Supine adduction				Walking			
Supine internal rotation				Motion and M. P.			
Supine external rotation				Function			

Incisions: Well healed A AL L PL P Other:

Ant. Joint Caps. Tend.

Comments:

Alone

Accompanied by: