PACIFIC ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

David Huang, M.D. Jonathan Chang, M.D. Benjamin Tam, M.D.
Anthony Yang, M.D. Shane Pak, M.D. Edward S. Chan, M.D.
Sihuor Peak, PA- C Jacqueline Johnson, PA-C Jessie Oh, PA-C Karen Yi, PA-C

Your Social History / *Su Historia Social*

Last Name: *Apellido:* First Name: *Nombre:* Date/*Fecha:* Provider/*Proveedor:*

Occupation: *Ocupación:* : Employer: *Patron:*

Education: *Educación* □ Retired / *Retirado* □ Disabled / *Inhabilite*

Marital Status: *Estado Civil:* □ Married/*Casado/a* ☐ Divorced / *Divorcado/a* ☐ Single / *Soltero*

Other Considerations / *Ostras Consideraciones* :

Do you smoke? *Usted fuma?* ☐ Sí ☐ No Daily Usage *Uso Diario*

Do you drink Alcohol? *Usted toma Alcohol?* ☐ Sí ☐ No Daily Usage *Uso Diario*

Drink caffeine? *Usted toma cafeina?* ☐ Sí ☐ No Daily Usage *Uso Diario*

Do you use street Drugs? *Usted usa drugs?* ☐ Sí ☐ No Type/Daily Usage Tipo/*Uso Diario*

Are you pregnant? *Esta embrzada?* ☐ Sí ☐ No

Supplemental Medications? *Medicine suplemental?* ☐ Sí ☐ No

Are you going through Menopause? *Usted a pasado sobre menopausia?* ☐ Sí ☐ No

Have you had a hysterectomy? *Usted a tenido histerectomia?* ☐ Sí ☐ No

Have you gone through Menopause? *Usted a pasado sobre menopausia?* ☐ Sí ☐ No

Lifestyle / *Estilo de vida:*

Activity Level *Nivel de actividad* ☐ *Sobre Promedio* ☐ *Promedio* ☐ *Sedentario*

Exercise Frequency: ☐ *2-3/semana* ☐ *3-4/semana* ☐ *5/semana* ☐ Daily / *Diario* ☐ Never/*Nunca* ☐ Occasional/*Ocasional*

Hobbies/Activities: Emer. Contact Phone: *número de teléfono de contacto de emergencia:*

Seguro comercial consiento por este medio al Pacific Orthopaedic Associates usando y/o divulgando mi información protegida del cuidado médico para mi cuidado, y las operaciones del cuidado médico de la práctica, y para tales otras aplicaciones que se permiten o se requieren bajo ley federal o del estado sin mi consentimiento o autorización. Específicamente, autorizo el lanzamiento de la información necesario para archivar una demanda con mi compañía de seguros y para asignar el pago de ventajas al médico indicado en la demanda. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio no cubierto por mi portador de seguro.

En el acontecimiento de mi falta de pagar cualquier suma debida y mi cuenta se refiere un abogado para la colección. Acuerdo ser responsable de los honorarios del abogado razonable. Una copia de mi firma abajo es tan válida como la original. Seguro de enfermedad I certifica más lejos que la información de t eh dada por mí en solicitar el pago debajo de fo del título XVIII el acto de la Seguridad Social está correcta. Autorizo a cualquier sostenedor de la información médica sobre mí a lanzar a la administración de Seguridad Social, o a sus portadores, cualquier información requerida para procesar mis propósitos del pago del fo de las demandas de Seguro de enfermedad.

Signature / *Firma:* Date / *Dia:*

La AUTORIZACION para PAGAR los BENEFICIOS Al MEDICO:

X *Firme por favor* *(Persona asegurada)*

Yo por la presente autorizo el pago directamente al encima de médico denominado de los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si cualquiera, de otro modo pagadero a mí para sus servicios describí como en el reclamo conectado.

El PAGO DE SERVICIOS:

X *Firme por favor*

Yo me doy cuenta de que esto no puede representar el pago íntegro para servicios rendidos y yo seré responsable de saldo deudor. Los pacientes son responsables de todas cantidades de deductiblle y fuera de las cargas de la red que no son cubiertas por compañías de seguros.

La AUTORIZACION para LIBERAR INFORMACION:

X *Firme por favor*

Yo por la presente autorizo encima de médico denominado para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o el tratamiento.

Favor de notar: Para evitar los problemas con su facturar, firman por favor todo 3X's.
Si paciente es un menor, el padre o garante responsable deben firmar.

X *Firme por favor*

Nuestra polisa es:

Para asegurar, la privacidad del paciente durante la consulta no se permite aparatos electronicos. Gracias

Revised 10/3/2011