

Physician Name: Gerard T. Gabel, M.D.

**PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION SHEET**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Social Security No. \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Male or Female \_\_\_\_\_ Marital Status: M S W D \_\_\_\_\_  
(Please circle one) (Please circle one)

Home Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Contact Preference: \_\_\_\_\_  
(Please Check One) Home Work Cell Mail Email Address \_\_\_\_\_

Referred By: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION**

Name \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_ Alt. Phone \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**PATIENT EMPLOYER INFORMATION**

Employer Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**GUARANTOR / POLICY HOLDER INFORMATION**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Social Security No. \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Patient's Relationship to Policy Holder \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_

Employer Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Employer Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION**

Primary Insurance \_\_\_\_\_  
Name of Primary Insurance \_\_\_\_\_ ID/Policy Number \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_ Customer Service No. \_\_\_\_\_

Secondary Insurance \_\_\_\_\_  
Name of Secondary Insurance \_\_\_\_\_ ID/Policy Number \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_ Customer Service No. \_\_\_\_\_

Work Comp Insurance \_\_\_\_\_  
Name of WC Insurance \_\_\_\_\_ Claim # \_\_\_\_\_ Adjuster Name \_\_\_\_\_ Adjuster Phone No. \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS TO PHYSICIAN:** I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO THE UNDERSIGNED PHYSICIAN OF THE SURGICAL AND/OR MEDICAL BENEFITS, IF ANY OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR HIS SERVICES. I UNDERSTAND THAT THIS AUTHORIZATION DOES NOT RELEASE ME FROM MY PERSONAL RESPONSIBILITY FOR PAYMENT OF ALL CHARGES WITHIN 50 DAYS. **AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:** I HEREBY AUTHORIZE THE UNDERSIGNED PHYSICIAN TO RELEASE ANY INFORMATION ACQUIRED IN THE COURSE OF MY EXAMINATION OF TREATMENT.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**GERARD T. GABEL, M.D.**  
**CIRUJANO ESPECIALISTA EN MANOS, HOMBROS, Y CODOS**  
**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORTOPEDICO**

(POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE ESTA HOJA INCLUYENDO LA PARTE DE ATRAS)

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ QUIÉN LO REFIRIO? \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ ESTADO MARITAL: S C D V

ERES TÚ: DERECHO \_\_\_\_ IZQUIERDO \_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_ PESO \_\_\_\_

¿Dónde está tú dolor? Dolor de cuello \_\_\_\_\_

Derecho: Hombro \_\_\_\_ Codo \_\_\_\_ Antebrazo \_\_\_\_ Muñeca \_\_\_\_ Mano \_\_\_\_ Dedo \_\_\_\_

Izquierdo: Hombro \_\_\_\_ Codo \_\_\_\_ Antebrazo \_\_\_\_ Muñeca \_\_\_\_ Mano \_\_\_\_ Dedo \_\_\_\_

¿Cuándo empezaron tus síntomas? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. ¿ Cuales son tus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Si tú síntomas son resultado de un accidente, dónde y qué día ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_

¿Dónde?: Casa \_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_ Automóvil \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Qué paso? \_\_\_\_\_

¿Dónde trabajas? \_\_\_\_\_

¿Si estas empleado, cuánto tiempo tienes en tu trabajo? \_\_\_\_\_

¿En algun trabajo anterior tuviste algun accidente? \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

¿Si fue otro trabajo, ultimo dia de trabajo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Presente trabajo restricciones: \_\_\_\_\_

¿Esta envuelto algun abogado? Si\_\_ No\_\_

Nombre \_\_\_\_\_. Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_.

¿Qué tratamiento(s) has tenido para este problema (Inyecciones, medicinas, cirugías, terapia etc..)? \_\_\_\_\_

¿Qué exámenes te practicaron para diagnosticar tu problema? \_\_\_\_\_

***SIGUE ATRAS***

## HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

	<b>Usted</b>	<b>Familia</b>		<b>Usted</b>	<b>Familia</b>
Diabetes	_____	_____	Problemas de pulmon	_____	_____
Problemas del corazon	_____	_____	Transfusión	_____	_____
Reumatoide	_____	_____	Lupus	_____	_____
Artritis	_____	_____	Tuberculosis	_____	_____
Problemas de tiroides	_____	_____	Hernia	_____	_____
Asma	_____	_____	Problemas de la mente	_____	_____
Coagulo	_____	_____	Corazon	_____	_____
Cancer	_____	_____		_____	_____
Pulmonia	_____	_____	Colitis	_____	_____
Problemas de sangramiento	_____	_____	Abuso de alcohol	_____	_____
Sida	_____	_____	La Presion alta	_____	_____
H.I.V	_____	_____	Hepatitis	_____	_____
Apena del sueno	_____	_____	HIV/AIDS	_____	_____

La Ultimata regla: \_\_\_\_\_

Embrazada?      Si      No

Fuma? Si No      Si fumas, cuantos paquetes al dia? \_\_\_\_\_

Tienes algunos pasatiempos que usas su mano(s) o brazo(s)  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_      Si es si, cuales son? \_\_\_\_\_

Le duelen las artibciones? Si, cual \_\_\_\_\_

Por favor apunta todas las medicinas que de da reaccion alergica: \_\_\_\_\_

Por favor apunta todas las medicinas que usted esta tomando incluyendo sin recetas: \_\_\_\_\_

Por favor apunta todas sus cirugias: \_\_\_\_\_

# ***SOUTHWEST ORTHOPEDIC GROUP, LLP***

## **Notificación de prácticas de privacidad**

### **Nuestra Responsabilidad:**

**Reconozco que he revisado el aviso de prácticas de privacidad en la oficina. Que explica como será utilizada y divulgada mi información medica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente o Representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Si la firma de un representante personal aparece arriba, por favor describa la relación de Representante Personal del paciente: \_\_\_\_\_.**

---

### **Declaración de política financiera**

Es la política de fractura de Southwest Orthopedic Group, L.L.P. mandar la fractura a su compañía de seguros como cortesía hacia usted. Sin embargo usted es responsable de la fractura completa. Requerimos que los arreglos para el pago de su cuota estimada se haga hoy. El asegurado y el paciente es responsable de cualquier copago en el momento en que se realiza el servicio. Si su compañía de seguros no realiza el pago dentro de los sesenta (60) días, el balance se convierte en cien por ciento responsabilidad de usted. Si su seguro paga más del total de la fractura, se le reembolsara el monto sobrante al paciente o a la compañía de seguros, según corresponda, dentro de un plazo razonable.

Si cualquier pago de los servicios brindado por Southwest Orthopedic Group, L.L.P. es hecho directamente a usted, reconoce su obligación de enviar de inmediato el pago correspondiente a Southwest Orthopedic Group, L.L.P.

Esta información no aplica a esos pacientes que son considerado Compensación de Workers'. Sin embargo si por algún motive o razón su caso de Compensación de Workers' no es aprobado o cancelado usted será responsable de los cargos adquiridos a la hora de la consulta.

Entiendo y acepto que si no llego a hacer cualquiera de los pagos de los que soy responsable en el tiempo requerido y acordado, su cuenta será transferida a una agencia de cobro. Usted será responsable por los cargos de la agencia de cobro y abogados que pueda adquirir Southwest Orthopedic Group, L.L.P.

La información anterior ha sido leída y explicada. **ENTIENDO QUE MI RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE MI CUENTA.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente o persona responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o persona responsable**

