

HOM HARTFORD ORTHOPEDIC MEDICINE

PATIENT INFORMATION /INFORMATION DEL PACIENTE:

Name /Nombre: _____
(Last /Apellido)
(First /Nombre)
(Middle /Nombre Segundo)

Address /Dirección: _____
(Stree /Calle)
(Town /Ciudad)
(Zip Code /Código Postal)

Home Phone /Tel del Hogar: _____ Secondary Phone /Tel Secundario: _____ Social Security /Seguro Social: _____

Sex /Sexo: _____ Marital Status /Estado Civil: _____ Birth Date /Fecha De Nacimiento: _____ Age /Edad _____

FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON /PERSONA RESPONSABLE POR LAS FINANZAS:

Name /Nombre: _____ Phone /Numero de Telefono: _____ Social Security /Seguro Social: _____

Address /Dirección: _____
(Stree /Calle)
(Town /Ciudad)
(Zip Code /Código Postal)

Employer /Lugar De Empleo: _____ Work Phone /Tel del Trabajo: _____

Employer Address /Direccion de Empleo: _____
(Stree /Calle)
(Town /Ciudad)
(Zip Code /Código Postal)

<p>Is injury related to employment? _____ Date of Injury: _____ Golpes relacionado con el trabajo? _____ Fecha del Accidente: _____</p> <p>Name & Address of Workers Compensation Carrier: Nombre y dirección del portador de la Remuneración de los Trabajadores: _____ _____</p> <p>Is this a reoccurrence of a prior injury? _____ Es esta una reocurrencia de una lesión? _____</p> <p>Please indicate anyone else treating you for this injury: Indique si alguien mas lo(a) esta tratando por esta lesión: _____</p> <p>Did you fill out a 1st Report of Injury? _____ Completo el 1^o reporte de lesión? _____</p>	<p>Automobile Accident? _____ Date of Injury: _____ Accidente de Auto? _____ Fecha del Accidente: _____</p> <p>Name & Address of Automotive Insurance Carrier: Nombre y dirección del Portador de Seguro Auto : _____ _____</p> <p>Do you have medical coverage on your automotive policy? _____ Tiene cobertura en su plan de seguro? _____</p> <p>Claim/Policy Number: _____ Numero del asegurado: _____</p> <p>Insured's Name: _____ Nombre del asegurado: _____</p> <p>Will you be represented by an attorney from this accident? _____ Sera representado por un abogado para este accidente? _____</p> <p>If so, name of attorney/ Nombre del Abogado _____</p>
---	---

<p>Primary Insurance Carrier Portador De Seguro Primario</p> <p>Insurance Company: _____ Compania de Seguro: _____</p> <p>Address / Dirección: _____</p> <p>Insured's Name _____ Nombre de asegurado</p> <p>Insured's Birth Date _____ Fecha de nacimiento del asegurado</p> <p>Membership Number: _____ Numero de membresia</p> <p>Employer _____ Lugar de Empleo</p> <p>Relationship to the Insured: _____ Relacion a la persona asegurado?</p>	<p>Secondary Insurance Carrier Portador De Seguro Secundario</p> <p>Insurance Company: _____ Compania de Seguro: _____</p> <p>Address / Dirección: _____</p> <p>Insured's Name: _____ Nombre de asegurado</p> <p>Insured's Birth Date: _____ Fecha de nacimiento del asegurado</p> <p>Membership Number: _____ Numero de membresia</p> <p>Employer: _____ Lugar de Empleo</p> <p>Relationship to the Insured: _____ Relacion a la persona asegurado?</p>
--	---

<p>_____</p> <p>Initial (if applicable) Inicial (si es aplicable)</p>	<p>I am NOT covered by any insurance and therefore have not indicated any insurance carrier or health plan on this confidential patient information form nor verbally to the Hartford Orthopedic Medicine office staff.</p> <p>NO TENGO seguridad y por lo tanto no he indicado ningún seguro o plan de salud en esta forma de información confidencial de paciente. Ni he dado información verbalmente al personal de oficina de Hartford Orthopedic Medicine.</p>
--	--

How, When & Where did first symptoms or accident occur (Please give detail)/ ¿Cuándo ,Como y Dónde comenzaron sus síntomas?(Explique con Detalles)

Where were you first treated?/ ¿Dónde fue a recibir tratamiento? _____ Doctor's Name / Nombre del Doctor: _____

If you had X-Rays taken, where were they first taken?/ ¿Le han tomado radiographias?¿Dondé? _____

Are you currently taking any medications?/ ¿Está tomando algun medicamento? _____

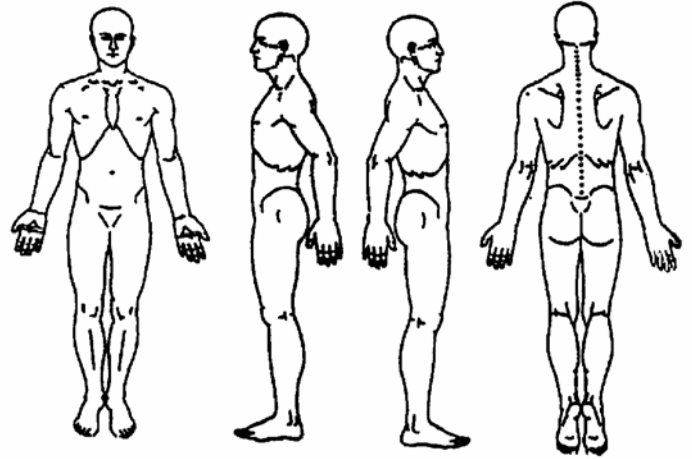
Are you allergic to any medications?/ ¿Está alérgico(a) a algún medicamento? _____

Name and town of your family doctor/ Nombre y dirección de su Médico familiar: _____

PLEASE LIST AND CIRCLE ALL PRESENT COMPLAINTS, INJURIES, DATE OF INJURY AND DURATION.

FAVOR DE ENUMERAR TODAS SUS QUEJAS DE DOLOR, LESIONES Y HERIDAS.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____



1) Please list any history of **Cardiovascular** problems (i.e. Coronary Disease, Hypertension, Arteriosclerosis, Rheumatic, and/or History of Bleeding):
Favor de enumerar problemas Cardiovasculares. (Enfermedad Coronaria,Hipertensión,Arteriosclerosis,Reumático, y/o Historia de derrame de Sangre):

2) Please list any history of **Respiratory problems** (i.e. Recent URI, Pneumonia, Bronchitis, Bronchiectasis, Emphysema):
Favor de enumerar problemas respiratorios(Infección del Sistema Respiratorio, Pulmonía, Bronquitis, Bronquiectasia, Enfisema)

3) Please list any history of **Endocrine problems** (i.e. Diabetes and/or Thyroid)
Favor de enumerar historial de problemas Endocrines(Diabetes y/ o Tiroides)

4) Please list any **Allergies** that you may have:
Favor de enumerar cualquiera alergias que quizás tenga

5) Please list any other **Genitourinary problems** you may have or have had in the past (i.e. UTI, Incontinence, Bladder Infections, etc.):
Favor de enumerar cualquier problema Genitourinario que quizás tenga o haya tenido en el pasado.(Infecciones de la Orina o Infecciones de la Vejiga):

6) Please list any **Surgeries** you have had: (Type, When, Doctor):
Favor de enumerar cualquier Cirugías que haya tenido(Tipo,Cuando,Doctor,)

7) Please list any serious **Former Injuries** you may have had (Accidents, Falls, Autos, Work, Home, Leisure, Sports, etc.):
Favor de enumerar Cualquier Lesión seria que usted haya tenido en el pasado(accidente ,caída, automóvil,trabajo,hogar,deportes):

8) Please list any **Broken Bones** (When, How, Doctor, Results):
Favor de enumerar cualquier Hueso que usted se haya Quebrado(Cuando,Cómo,Doctor):

9) Please list any **Medications/Dietary Supplements** you take (What, Frequency, Doctor, Side Effects, Remarks):
Favor de enumerar cualquier Medicamento que usted este tomando(Qué,Frecuencia, Doctor,Efectos Secundarios):

10) Please list any **Diseases or Illnesses** with which you have been diagnosed (Heart Disease,High Blood Pressure,Stroke,Asthma,Ulcers,Cancer,Arthritis,Etc.):
Favor de enumerar cualesquiera Enfermedad con las cuales le hayan diagnosticado(Enfermedad Cardíaca,AltaPresión,Asma,Úlceras,Cáncer,Artritis,etc.):

11) Please list your **Work / Leisure Activities**: / Favor de enumerar su **Trabajo/Pasatiempos**:
Work Responsibilities – Lifting, Bending, Stooping, Twisting, Turning, Carrying, Walking, Standing, Etc:
Responsabilidades Del Trabajo - Levantando, Doblándose, Inclínándose, Torciéndose, Caminando,De Pie Etc:

Leisure – Sports and/or Exercise, Smoker, Alcohol use, Length of time, Etc
¿Pasatiempos:Deportes y/o ejercicio,fuma,bebe alcohol,longitud del tiempo,etc?
