

Arthritis Center of North Georgia

Gainesville Office

961A Smoky Mountain Springs Lane
Gainesville, GA 30501
P:770-531-3711/F:770-531-3718

Athens Office

957 Baxter Street
Athens, GA 30606
P:706-410-9270/F:706-410-9276

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Apodo _____

Fecha De Nacimiento _____ Edad _____ Núm. De Seguro Social _____ Sexo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Estado Civil S C D V Sep

Teléfonos: Casa _____ Trabajo: _____ Celular _____

Doctor General _____ Doctor que lo refirió _____

Contacto de Emergencia _____ Núm. De Tel _____ Parentesco _____

Raza: Blanco, Negro o Afro Americano, Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska, Nativo de Hawaii, o de las Islas del Pacifico

Etnicidad: Hispano o Latino, No Hispano o Latino, prefiero no contestar

Language Preferido: Ingles, Espanol o otro _____

Metodo preferido de comunicacion: Telefono, correo, o mensaje de web atraves del portal para el paciente

Correo electrónico (para poder mandarle una invitación para nuestra pajina web) _____

Información del Empleo

Nombre del Empleador _____ Núm. De Teléfono _____

Dirección _____ Ocupación _____

Información de Aseguranza

Nombre de asegurado _____ FDN _____ Seguro Social _____

Dirección (si es diferente a la de arriba) _____

Teléfono _____ Empleador _____ Relación al paciente _____

Núm. De Medicare/Medicaid (si es aplicable) _____

Nombre de la A seguranza _____ Teléfono _____

Núm. De Póliza _____ Número de grupo _____

A seguranza secundaria _____ Teléfono _____

Núm. de Póliza _____ Número de grupo _____

Farmacia

Nombre de farmacia _____ Locacion _____

Número de teléfono _____ nombre de a seguranza para la medicina _____

Yo certifico que todo esta información esta correcta y notificare a la oficina cualquier cambio

Firma _____ Fecha _____

Arthritis Center of North Georgia

Gainesville Office

961A Smoky Mountain Springs Lane
Gainesville, GA 30501
P:770-531-3711/F:770-531-3718

Athens Office

957 Baxter Street
Athens, GA 30606
P:706-410-9270/F:706-410-9276

Estimado paciente:

En el cambio constante del mundo del cuidado medico y las aseguranzas, se han creado menos pero compañías mas grandes de aseguranza medica con varios tipos de planes médicos. Y tanto como podemos ser proveedores que estén en su plan de seguro medico pueda también que no lo estemos. Es por eso que por interés de usted debería de verificar con su aseguranza que nuestros proveedores estén en su plan.

Si usted tiene un plan HMO o POS y necesita una referencia para ver a un especialista, por favor contacte a la oficina de su medico general para obtener una. Tenemos que tener esta referencia antes de su consulta médica. Es responsabilidad de cada paciente asegurase tener una referencia para cada consulta. Si no tenemos una referencia los cargos de consulta serán responsabilidad del paciente.

Los co-pagos, deducibles, y cualquier otro cobro se requieren el día de su consulta. Es responsabilidad de cada paciente pagar por completo cualquier servicio que no cubra su aseguradora

Pacientes sin aseguranza tendrán que pagar de \$75.00 por cada consulta. El costo de cualquier otro procedimiento será discutido con el paciente y se requiere pago antes de prestar el servicio.

Requerimos una notificación de por lo menos 24 horas de cualquier cambio a su cita para pacientes establecidos Pacientes nuevos no establecidos se les requiere una notificación de 72 horas. Si no dan notificación de cualquier cancelación de cita o cambio se les cobrara \$35.00 a su cuenta.

Con su firma abajo está dando autorización para que su aseguradora mande directamente a nuestra oficina todo tipo de pagos. Y también está dando autorización para divulgar cualquier información necesaria para procesar el cobro a su aseguradora.

He leído y entiendo la poliza de arriba.

Firma Del Paciente: _____ Fecha _____

Arthritis Center of North Georgia

Consentimiento de HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo a mi doctor/a o sus empleados que discutan mi información medica privada con las siguientes personas (amigos, familiares, o personas que me cuidan):

Nombre	Parentesco

Autorizo que faxean mí archive medico a los siguientes doctores:

Nombre de Doctor	Numero de teléfono del Doctor

Autorizo que a mi petición me envíen por correo mi archivo medico.

Entiendo que como parte de mi cuidado medico, Arthritis Center of North Georgia va a necesitar contactar me de vez en cuando con información medica privada. Yo autorizo a mi doctor y/o empleados de su oficina que dejen un mensaje referente a mis citas, resultados de exámenes, y preguntas de facturas o otros problemas en los siguientes números.

Numero de Casa

Celular

Numero de trabajo

Otro número: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar o emendar este acuerdo en cualquier momento ya sea por escrito o a través del oficial de privacidad del Arthritis Center of North Georgia. Cualquier cambio o revocación no afectara las comunicaciones hechas antes al cambio.

Entiendo que como parte de mi cuidado medico, Arthritis Center of North Georgia organiza y mantiene archivos médicos de papel y electrónicos que describen mi historial medica. Y entiendo que esta infomacion sirve como

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Como un medio de comunicación con otros profesionales del cuidado medico que contribuyen a mi cuidado
- Un medio de información que aplica un diagnostico a mi factura
- Un medio por el cual puedan verificar que los servicios facturados fueron los servicios que me prestaron
- Una herramienta para operaciones de servicio medico rutinarias, como para evaluar la calidad y repasar la competencia de otros profesionales del servicio medico.

Entiendo que como parte del tratamiento de esta organización, para obtener pago u otras operaciones del cuidado medico, pueda ser necesario que revelen mi información protegida de cuidado medico a otras entidades. Consiento a dichas revelaciones que se describen en la notificación de la práctica de privacidad que esta publicada en el área de recepción y esta disponible a mi petición. **Yo entiendo totalmente y acepto los términos de este acuerdo. Por favor firme abajo:**

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD

El siguiente cuestionario incluye información no disponible en análisis de sangre, rayos X o de ninguna otra fuente mas que Ud. Por favor intente responder cada pregunta aun cuando crea que no se relaciona con Ud. en este momento. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda lo que Ud. piense o sienta. Muchas gracias.

1. Nos interesa saber de que manera su enfermedad afecta sus capacidades y habilidades para realizar actividades de la vida diaria. Por favor marque (√) la respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas o sus habilidades usuales (habituales) DURANTE LA SEMANA PASADA:

DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿pudo Usted...	Sin NINGUNA Dificultad	Con ALGO de Dificultad	Con MUCHA Dificultad	IMPOSIBLE de Hacer
a. ¿Vestirse solo(a), incluyendo amarrarse (atarse) los cordones de los zapatos, abotonarse (abrocharse) y desabotonarse (desabrocharse) la ropa?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
b. ¿Acostarse y levantarse de la cama?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
c. ¿Levantar una taza o un vaso lleno para llevárselo a la boca?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
d. ¿Caminar fuera de casa, sobre un terreno plano?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
e. ¿Lavarse y secarse el cuerpo?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
f. ¿Agacharse para recoger ropa o algo del piso o el suelo?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
g. ¿Abrir y cerrar las llaves del agua(grifos, canillas)?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
h. ¿Subir (meterse) y bajar (salir) de un automóvil?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
i. ¿Caminar 3 kilometros?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
j. ¿Participar en juegos y deportes como Ud. quisiera?	_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3
k. ¿Dormir bien por las noches y tener un sueño reparador?	_____ 0	_____ 1.1	_____ 2.2	_____ 3.3
l. ¿Controlar sus nervios o ansiedad?	_____ 0	_____ 1.1	_____ 2.2	_____ 3.3
m. ¿Controlar sus sentimientos de depresión o melancolía?	_____ 0	_____ 1.1	_____ 2.2	_____ 3.3

FOR OFFICE USE ONLY
1. a-j FN (10)

1=0.3 16=5.3
2=0.7 17=5.7
3=1.0 18=6.0
4=1.3 19=6.3
5=1.7 20=6.7
6=2.0 21=7.0
7=2.3 22=7.3
8=2.7 23=7.7
9=3.0 24=8.0
10=3.3 25=8.3
11=3.7 26=8.7
12=4.0 27=9.0
13=4.1 28=9.3
14=4.7 29=9.7
15=5.0 30=10

2. PN (0-10)

3. PTGL (0-10)

2. Cuanto DOLOR ha tenido por su enfermedad DURANTE LA ULTIMA SEMANA? Por favor marque con una X en la línea de abajo para indicar cuanto dolor ha tenido”

SIN NINGUN DOLOR 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 SE PUEDA IMAGINAR EL PEOR DOLOR QUE

RAPID3 (0-30)

3. Considerando todas las formas en las que su artritis o enfermedad le afecta, por favor marque con una X en la línea de abajo lo que mejor describa como se siente en este momento:

MUY BIEN 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 MAL MUY

Cat:

OFFICE USE ONLY

RAPID3 CUMULATIVE: _____

Weighed RAPID3: _____

Severity: _____

Modified HAQ: _____

Name of Scorer: _____ Date: _____

HS = >12

MS = 6.1-12

LS = 3.1-6

R = ≤3