



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

Patient Information

Información del seguro

Patient Name
Last Name Apellido First Name Nombre Middle Initial Inicial del segundo nombre

Date **Cell Phone** Home Phone
Fecha Celular Teléfono de su casa

Email Address
Dirección de correo electrónico

Home Address
Street Number Suite/Apt # City State Zip Code +4
Número de la calle Suite / Apt # Ciudad Estado Código postal +4

Sex M F **Age** **DOB** / / Single Married Widowed Separated Divorced
Sexo M F Edad Fecha de nacimiento Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Employed Student Patient's Social Security# / / Driver's license
Empleado Estudiante Número de seguro social Licencia de conducir

Is this a Work Related Injury? Yes No Have you filed a claim? Yes No
¿es esto una lesión relacionada con el trabajo? SI NO ¿Ha presentado un reclamo? SI NO

In case of Emergency Who Should Be Notified? Phone #
En caso de emergencia ¿Quién debe ser notificado? First and Last Name/DOB/Relationship to Patient Número de teléfono
Nombre y apellido / Fecha de nacimiento / Relación con el paciente

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Person Responsible for Insurance Relationship to Patient
Persona responsable del seguro medico Last Name First Name Middle Initial Relación con el paciente
Apellido, primer nombre, Inicial del segundo nombre

DOB/ / / Social Security # / / Occupation
Fecha de nacimiento Número de seguridad social Ocupación

Home Address
Direccion de casa Street Number Suite/Apt # City State Zip Code +4
Número de la calle Suite / Apt # Ciudad Estado Código postal +4

Person Responsible Employer Name Employer Phone #
Nombre del empleador responsable Número de teléfono del empleador

Insurance Company Name Address
Nombre de la compañía de seguros Dirección

Subscriber# Account# Policy# or Member # Group#
Número de suscriptor, número de cuenta, número de póliza o número de miembro Grupo #

Person Responsible for Insurance Relationship to Patient
Persona responsable del seguro Relación con el paciente

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

DOB / / Social Security # / / Occupation
Fecha de nacimiento Número de seguridad social Ocupación

Home Address
Direccion de casa Street Number Suite/Apt # City State Zip Code +4
Número de la calle Suite / Apt # Ciudad Estado Código postal +4

Person Responsible Employer Name Employer Phone #
Nombre del empleador responsable Número de teléfono del empleador

Insurance Company Name Address
Nombre de la compañía de seguros Dirección

Subscriber# Account# Policy# or Member # Group#
Número de suscriptor, número de cuenta, número de póliza o número de miembro Grupo #



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

Patient Health History

Historial de salud del paciente

Patient information Información del paciente

Last Name: First Name: Middle Initial:
Apellido Primer nombre Inicial del Segundo nombre

Reason for Visit Razon de la visita

.....

Allergies Alergias No known drug allergies Sin alergias medicamentosas Reaction Reaccion

.....
.....
.....
.....

Medications Medicamentos Dosage/Frequency Dosis/Frecuencia No known current medications No se conocen medicamentos actuales

.....	 /		 /
.....	 /		 /
.....	 /		 /
.....	 /		 /
.....	 /		 /

Preferred Pharmacy (name and address): Farmacia Preferida (nombre y la direccion)

.....

Surgical History Historia Quirurgica No history No historia Date Fecha Physician Medico Hospital Hospital

.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Additional surgery details: Detalles adicionales de la cirugía

.....

Medical History Historial medico No significant history Nigun historial de medico Date Fecha Comment Comentarios

.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Additional medical history details: Detalles adicionales del historial medica

.....



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

I: ALLERGIES: Alergias (Please circle Yes or No If Yes, please explain) (Por favor circule Sí o No En caso afirmativo, explique)

- | | | | | | |
|----|---|-----|----|----|--------------------|
| 1. | Do you have any MEDICATION ALLERGIES ? | Yes | or | No | Explanation: |
| | ¿Tiene alguna ALERGIA A MEDICAMENTOS | Sí | o | no | Explicación |
| 2. | Are you allergic to Latex ? | Yes | or | No | Explanation: |
| | ¿Eres alérgico al LATEX? | Sí | o | no | Explicación |

II. Have you ever had or do you currently have? (Please circle Yes or No If Yes, explain)
¿Alguna vez has tenido o tienes actualmente (Marque Sí o No en caso afirmativo, explique)

Yes No
Sí no

- | | | |
|-----|---|--------------------|
| 1. | High Blood Pressure? | Explanation: |
| | ¿Presión arterial alta? | Explicación |
| 2. | Heart Attack? | Explanation: |
| | ¿Ataque al corazón? | Explicación |
| 3. | Chest Pain or Angina? | Explanation: |
| | ¿Dolor en el pecho o angina? | Explicación |
| 4. | Irregular Heart Beat? | Explanation: |
| | Latidos irregulares del corazón? | Explicación |
| 5. | Congestive Heart Failure? | Explanation: |
| | ¿Insuficiencia cardíaca congestiva? | Explicación |
| 6. | Abnormal Electrocardiogram? | Explanation: |
| | Electrocardiograma anormal? | Explicación |
| 7. | Gastric-Esophageal Reflux-Hiatal Hernia-Ulcers? | Explanation: |
| | ¿Reflujo gástrico-esofágico-hermia hiatal-úlceras? | Explicación |
| 8. | Recent cold-cough-sore throat? | Explanation: |
| | ¿Gripa reciente, dolor de garganta? | Explicación |
| 9. | Asthma-Emphysema-bronchitis-breathing problems? | Explanation: |
| | ¿Problemas de asma-enfisema-bronquitis-respiración? | Explicación |
| 10. | Abnormal Chest X-ray? | Explanation: |
| | ¿Radiografía de tórax anormal? | Explicación |
| 11. | Diabetes? | Explanation: |
| | Diabetes? | Explicación |
| 12. | Yellow jaundice-hepatitis-AIDS-HIV? | Explanation: |
| | ¿Ictericia amarilla-hepatitis-SIDA-VIH? | Explicación |
| 13. | Kidney Disease? | Explanation: |
| | ¿Enfermedad renal? | Explicación |
| 14. | Abnormal bleeding problems? | Explanation: |
| | ¿Problemas de sangrado anormales? | Explicación |
| 15. | Stroke-Numbness-Weakness? | Explanation: |
| | ¿Golpe-entumecimiento-debilidad? | Explicación |
| 16. | Epilepsy-Convulsive Seizures? | Explanation: |
| | ¿Epilepsia-convulsiones convulsivas? | Explicación |
| 17. | Broken bones of the back-neck-face? | Explanation: |
| | ¿Huesos rotos de la cara posterior del cuello? | Explicación |



Continue from II
CONTINUACIÓN DE II

Advanced Orthopaedic
SURGEONS

Yes No
Sí no

18. Back Trouble? Explanation:
¿Problemas de espalda? Explicación
19. Unusual Muscle problems-diseases? Explanation:
¿Problemas musculares inusuales-enfermedades? Explicación
20. Unexplained fevers-heat strokes? Explanation:
¿Fiebres inexplicables-golpes de calor? Explicación
21. Bad reactions to Anesthetics? Explanation:
¿Malas reacciones a los anestésicos? Explicación
22. Any relatives with bad reaction to Anesthetics? Explanation:
¿Algún familiar con mala reacción a los anestésicos? Explicación
23. Psychological-emotional problems? Explanation:
¿Problemas psicológicos-emocionales? Explicación
24. Artificial Joints? Shoulder-Elbow-Hip-Knee Explanation:
¿Articulaciones artificiales? Hombro-Codo-Cadera-Rodilla Explicación
25. Cancer? Explanation:
Cáncer? Explicación
26. Circulation problems in limbs? Explanation:
¿Problemas de circulación en las extremidades? Explicación
27. Do you take Aspirin-Anti-inflammatories? Explanation:
¿Toma aspirina-antiinflamatorios? Explicación

(i.e: Mortin-Naprosyn-Voltaren-Celebrex-Vioxx-Aleve-Advil)
(es decir: Motrin-Naprosyn-Voltaren-Celebrex-Vioxx-Aleve-Advil)

If so, you are REQUIRED to stop taking these Medications at least one week to prior to any surgery
De ser así, se DEBE dejar de tomar estos medicamentos al menos una semana antes de cualquier cirugía.

Yes No
Sí no

28. Could you be pregnant? If so, How may weeks?
¿Podrías estar embarazada? Sí o no Si es así, ¿cómo pueden las semanas?
29. Do you have any other medical conditions you think your Surgeon should know about?
¿Tiene alguna otra afección médica que cree que su cirujano debe conocer?
.....

III. FEMALE: Last Menstrual Period? HEMBRA: ¿Último período menstrual? / /

Signature of Patient: **Date:** / / **Time:** :
Firma del paciente: Fecha: Hora:



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

IV. FAMILY HISTORY: Historia De La Familia: (Does or did anyone in your family ever have any of the following?)
(¿Alguien en su familia o alguna vez tuvo alguno de los siguientes?)

	M = Mother Madre	F = Father Padre	B = Brother hermano	S = Sister (Please circle) Hermana (Por favor circule)
1. Cancer? Madre	M	F	B	S
2. Heart Disease? ¿Enfermedades del corazón?	M	F	B	S
3. Hypertension? Hipertensión?	M	F	B	S
4. Alcohol Abuse? Abuso de alcohol?	M	F	B	S

V. SOCIAL HISTORY: HISTORIA SOCIAL:

- Marital Status: Married Single Divorced Widow(er)
Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo (a)
- Who do you live with?
¿Con quién vives?
- Do you smoke? Yes No If so, number of glasses per day-week
¿Fumas? Sí no Si es así, número de paquetes por día-semana
Smoking Onset Date: / / Quit Date: / /
Fecha de inicio de fumar: Fecha para dejar de fumar:
- Do you drink Alcohol? Yes No If so, number of glasses per day-week
¿Bebes alcohol? Sí no Si es así, número de anteojos por día-semana
Occasionally – Socially – Alcohol-Dependent – Recovering Alcoholic (Please circle)
Ocasionalmente - Socialmente - Dependiente del alcohol - Alcohólico en recuperación (marque con un círculo)
- Illicit Drugs? Yes No If yes, please list:
Drogas ilícitas? Sí no En caso afirmativo, indique:

Signature of Patient: Date: / / Time: :
Firma del paciente: Fecha: Hora:



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

Reason for Visit

Razon de Visita

Patient Information

Last Name: First Name: Middle Initial:
Apellido Primer nombre Inicial del Segundo nombre

Date of Birth:
Fecha de nacimiento

Injury Information/ or when the pain began

 informacion sobre lesiones/ cuando empezo el dolor

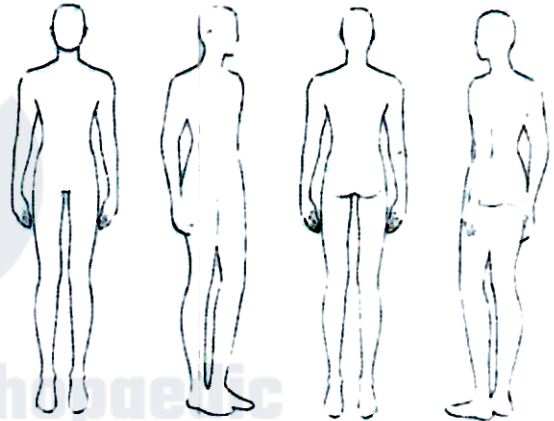
Injury Date: Injury Time: Injury Location:
Fecha de lesion Hora de lesion Ubicación de la lesión

How did the injury occur? ¿Cómo fue que se lastimo?

.....
.....
.....

What part of the body is injured? ¿Qué parte del cuerpo fue lastimada?

.....
.....
.....



What side of the body is injured? Circle all areas to the right
¿Qué lado del cuerpo está lesionado? Circule todas las áreas a la derecha

Left Right Both
Izquierda Derecha Ambos

Have you ever seen another health care provider for this injury?
¿Usted ha sido tratado por un proveedor médico sobre esta lesión?

Yes Name
Nombre
Address
Direccion
City
Ciudad
State
Estado
Telephone
Telefono

Signature Print Name Date
Firma Imprimir Nombre Fecha



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

ADVANCED ORTHOPAEDIC SURGEONS @ LONG BEACH, INC. PHILIP E. HILL, M.D.

1760 TERMINO AVENUE, SUITE 208, LONG BEACH, CA 90804 PHONE: 562-377-7478 FAX: 562-588-9369

Consent to Treatment and Financial Agreement

Cosentimiento para tratamiento y acuerdo financiero

I/We hereby consent to and authorize the performance of all treatment, surgery and medical services by the staff of Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach, which they may deem advisable.

I hereby certify that, to the best of my knowledge, all statements contained here on are true. I understand that I am responsible for all charges incurred by medical services for myself and for my dependence and regardless of insurance coverage.

I furthermore agree to pay legal interest, collections expense, and attorney's fees should it become necessary to assign any amount I may owe for collection.

I hereby authorized Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach to release information requested by my insurance company and/or is representatives. If it becomes necessary for Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach to build by insurance company for services rendered; I authorized all payments for the services to be paid directly to Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach.

I fully understand that this agreement and consent will continue until cancelled by me in writing.

Por la presente, yo/nosotros consentimos y autorizamos la realización de todos los tratamientos, cirugías y servicios médicos por parte del personal o de los cirujanos ortopédicos avanzados de Long Beach, que consideren convenientes.

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, todas las declaraciones contenidas aquí son verdaderas. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios médicos para mí y para mis dependientes, independientemente de la cobertura de seguro.

Además, acepto pagar los intereses legales, los gastos de cobro y los honorarios de los abogados en caso de que sea necesario asignar cualquier cantidad que pueda adeudar para el cobro.

Por la presente, autorizo a Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach a divulgar la información solicitada por mi compañía de seguros y/o sus representantes. Si es necesario que Advanced Orthopaedic Surgeons en Long Beach facture a mi compañía de seguros por los servicios prestados; Autorizo que todos los pagos por dichos servicios se paguen directamente a Advanced Orthopaedic Surgeons en Long Beach.

Entiendo completamente que este acuerdo y consentimiento continuará hasta que yo lo cancele por escrito.

.....
Patient/Guardian Signature

Firma de Paciente/Tutor

.....
Guardian Relationship

Relacion de tutor

.....
Date

Fecha

.....
Witness Signature

Firma de Testigo

.....
Date

Fecha



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

Notice of Privacy Practices

Aviso de practicas de privacidad

The notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Este aviso describe como su informacion medica pueda ser utilizada y divulgada y como puede acceder a esta informacion. Por favor reviselo con atencion.

Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach is required by law to maintain the privacy of your Protected Health Information (PHI). Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach provide clinically integrated services and consist of an organized health care arrangement. This notice describes how we will treat your PHI and how we may use and disclose your PHI to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes that are permitted or required by law. We may share your health information for treatment; payment and health operations as described in this Notice. This Notice also describes your rights to access and control your PHI. PHI is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach esta obligada ley a mantener la privacidad de su informacion medica protegida (IMP). AOSLB proporciona servicios clinicamente integrados y consiste en un arreglo organizado de atencion medica. Este Aviso describe como trataremos su IMP y como podemos usar y divulgar su IMP para llevar cabo operaciones de tratamiento, pago u atencion medica y para otros propósitos que estan permitidos o requeridos por la ley. Podemos compartir su informacion medica para operaciones de arbol, pagos y salud como se describe en este Aviso. Este Aviso tambien describe sus derechos para acceder y controlar su IMP. La IMP es informacion sobre usted, incluida informacion demografica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condicion fisica o mental pasada, presente o future y los servicios de atencion medica relacionados.

Uses and Disclosures of Protected Health Information

Your PHI may be used and disclosed by the physician, our office staff, and others outside of our offices that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the business, and any other use required by law. We may disclose PHI to family members, close friends or others concerned with your care and treatment.

Usos y divulgaciones de informacion medica protegida

Su IMP puede ser utilizada, divulgada por el medico, el personal de nuestro consultorio y otras personal fuera de nuestras oficinas que esten involucradas en su atencion y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atencion medica, pagar sus facturas de atencion medica, para respaldar la operacion del negocio y cualquier otro uso requerido por la ley. Podemos divulgar su IMP a familiares, amigos cercanos u otras personas interesadas en su atencion y tratamiento.

Treatment:

We will use and disclose your PHI to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, your PHI may be provided to a physician to whom you have been referred or are receiving treatment from to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Tratamiento:

Su IMP puede ser utilizada, divulgada por el medico, el personal de nuestro consultorio y otras personal fuera de nuestras oficinas que esten involucradas en su atencion y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atencion medica, pagar sus facturas de atencion medica, para respaldar la operacion del negocio y cualquier otro uso requerido por la ley. Podemos divulgar su IMP a familiares, amigos cercanos u otras personas interesadas en su atencion y tratamiento.



Advanced Orthopaedic
SURGEONS

Notice of Privacy Practices

Aviso de practicas de privacidad

Your name and signature below indicate that you have been made aware of Advanced Orthopaedic Surgeons at Long Beach Notice of Privacy Practices (NOPP) on the date indicate. You understand that NOPP is posted in the center and a copy will be provide to you if you request it. If this is your first date of service with AOSIB please indicate this to the front desk receptionist and he/she will provide you a copy of the NOPP. AOSIB

Su nombre y firma a continuacion indicant que se le ha informado sobre el Aviso de practicas de privacidad de (NOPP) en la fecha indicada Usted comprende que el NOPP esta publicado en el centro y se le proporcionara una copia si lo solicita. Si esta es su primera fecha de servicio con indíquelo a la recepcion de la recepcion el/ ella le proporcionara una copia del NOPP

Name: (please print)
Nombre: (Imprimir Nombre)

Signature: **Date:**
Firma Fecha:

Advanced Orthopaedic
SURGEONS