

John H. Serocki, M.D.

A Professional Corporation

Diplomate American Board of Orthopaedic Surgery

Sports Medicine - Orthopaedic Surgeon - Surgery of the Shoulder, Hand and Knee

9834 Genesee Avenue • Suite 228 • La Jolla, CA 92037

955 Lane Avenue • Suite 200

1763 West 24th Street • Suite 105 • Yuma, AZ 85364

(858) 824-1703 • FAX (858) 455-6473

Chula Vista, CA 91914

(928) 344-4575 • FAX (928) 344-0577

WWW.LJSO.ORG

E-MAIL: jserockimd@ljsso.org

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Sexo: M ___ F ___ **Estado Ciuvil** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

De Seguro Social: _____

Numero de Telefono:(_____) _____

EMAIL: _____

Numero de Celular: (_____) _____

De Trabajo (_____) _____

En Caso De Emergencia Llamar: _____

Telefono: (_____) _____

Quien Nos Recomendó?: _____

Empleo: _____

Ocupacion: _____

Fecha De Accidente: _____

Que Parte Del Cuerpo? _____

Esta Visita es por lesion de Trabajo?: _____

Aseguranza de empleador? _____

De Reclamo: _____

Agente del Seguro: _____

• **Seguro Medico:** _____ **Telefono:** _____

Numero de póliza: _____ **# De Grupo:** _____

• **Segundo Seguro Medico:** _____ **Telefono:** _____

Numero de póliza: _____ **# De Grupo:** _____

Abogado: _____ **Telefono Del Abogado:** _____

Domicilio: _____

=====

La autorización para pagar los Beneficios al médico: Yo por la presente pago de autorización de beneficios médicos y/o quirúrgicos directamente John H. Serocki, MD, por servicios descritos en las formas de reclamo al seguro. Yo me doy cuenta de que el pago del seguro no puede representar el pago íntegro por servicios rendidos y yo seré responsable del saldo deudor incluyendo, pero no limitado a, a deductibles, a las co-pagos, al co-seguro, y a los servicios no cubiertos bajo mi plan. Es mi responsabilidad de saber el alcance de beneficios de mi póliza de seguros. Concuero en remitir el pago dentro de 30 días de recibo de una declaración y comprender que John H. Serocki, MD carga \$5.00 por cada pago de balance no pagado a tiempo.

La autorización para soltar información: Yo por la presente autorizo la liberación de médico u otra información a mi compañía de seguros para procesar los reclamos por servicios rendidos.

La Política de HIPAA: Yo por la presente reconozco que he sido ofrecido la Nota de Prácticas de Privacidad de John H. Serocki, MD.

Firma De Paciente O Persona Responsable

Fecha

John H. Serocki, M.D.

A Professional Corporation

Diplomate American Board of Orthopaedic Surgery

Sports Medicine - Orthopaedic Surgeon - Surgery of the Shoulder, Hand and Knee

9834 Genesee Avenue • Suite 228 • La Jolla, CA 92037

955 Lane Avenue • Suite 200

1763 West 24th Street • Suite 105 • Yuma, AZ 85364

(858) 824-1703 • FAX (858) 455-6473

Chula Vista, CA 91914

(928) 344-4575 • FAX (928) 344-0577

WWW.LJSO.ORG

E-MAIL: jserockimd@ljsso.org

CUESTIONARIO MEDICO

Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Altura: _____ El Peso: _____ Mano Dominante: Derecha _____ izquierda _____

Ocupación: _____

¿Qué síntomas tiene usted y cuándo comenzaron? _____

Si usted tuvo una herida específica, describa cómo sucedió la herida. ¿Si comienzo gradual, qué actividades causaron sus síntomas? _____

¿Ha tenido usted algún tratamiento o síntomas previos a esta condición o la area herida? _____

Cirugías anteriores y las fechas de cuando sucedieron:

Cirugía: _____ Fecha _____ Relacionado con el trabajo? Si No

Cirugía: _____ Fecha _____ Relacionado con el trabajo? Si No

Cirugía: _____ Fecha _____ Relacionado con el trabajo? Si No

Medicamentos – Liste los medicamentos actuales/regulares que usted toma y esos específico a esta herida:

Medicamento: _____ Dosis: _____ Con qué frecuencia? : _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Con qué frecuencia? : _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Con qué frecuencia? : _____

Alergias: - Liste cualquier medicamento y/o sustancia y lo que su reacción a es (incluya Incitantes como Aleve o Motrin) -

***Círcule AQUI si no tiene ninguna alergia

Alergias: _____ : Reacción _____

Alergias: _____ : Reacción _____

Alergias: _____ : Reacción _____

Liste algún accidente o heridas graves que usted ha tenido:

Tipo: _____ Fecha: _____

Tipo: _____ Fecha: _____

Tipo: _____ Fecha: _____

¿Ha Habido consecuencias de este/estos accidentes o heridas? _____

Circule toda condición médica que usted padesca o haya padecido anteriormente:

Infarto	Enfermedad Cardíaca	Hipertensión	Dolores de cabeza
Dolor Constante	Fiebre Constante	Gastritis o Ulceras	Mal del Hígado
Reúma Articular	Enfermedad Neurológicas	Diabetes	Hepatitis
Osteoartritis	Tuberculosis	Fiebre/Escalofrios	Tiroides
Epilepsia	Anemia	Enfisema	Prostata
Polio	Depresión	Fibromyalgia	Gota
Asma	Cansancio Cronio	Reciente pérdida de peso	VIH/SIDA
Abusa Drogas	Abuso de Alcohol		

¿Alguna otra enfermedad no mencionada? _____

¿Fuma usted? ¿No _____ Sí _____ ¿cuánto y cuán largo? _____

¿Bebe usted alcohol? ¿No _____ Sí _____ ¿cuánto y con qué frecuencia? _____

Describa cualquier pasatiempo, inclusive deporte o atlético, que practice: _____

Comentarios:

John H. Serocki, M.D.

A Professional Corporation

Diplomate American Board of Orthopaedic Surgery

Sports Medicine - Orthopaedic Surgeon - Surgery of the Shoulder, Hand and Knee

9834 Genesee Avenue • Suite 228 • La Jolla, CA 92037

955 Lane Avenue • Suite 200

1763 West 24th Street • Suite 105 • Yuma, AZ 85364

(858) 824-1703 • FAX (858) 455-6473

Chula Vista, CA 91914

(928) 344-4575 • FAX (928) 344-0577

WWW.LJSO.ORG

E-MAIL: jserockimd@ljsso.org

HISTORIA SUPLEMENTAL DE COMPENSACION DE TRABAJO

Ultima Fecha de Trabajo: _____

Fecha cuando aviso a su empleo: _____

Nombre del Empleo: _____

El tipo de Negocio: _____

Cuánto tiempo tiene trabajando para el empleador? _____

Ocupacion: _____

Describa los deberes de trabajo: _____

¿Ocurrió la herida en el trabajo? SI _____ NO _____

¿Si no, dónde? _____

Si usted no ha podido volver a su trabajo regular desde su accidente, Cuales son las fechas que no pudo trabajar o que trabajo bajo trabajo modificado (ligero):

De _____ Al _____ No pudo trabajar _____ Modificado(Lijero) _____

De _____ Al _____ No pudo trabajar _____ Modificado(Lijero) _____

De _____ Al _____ No pudo trabajar _____ Modificado(Lijero) _____

¿A vuelto a su trabajo regular? SI _____ no _____

La fecha que volvió: _____

¿Mismo empleador?: _____

John H. Serocki, M.D.

A Professional Corporation

Diplomate American Board of Orthopaedic Surgery

Sports Medicine Orthopaedic Surgeon – Surgery of the Shoulder, Hand and Knee

9834 Genesee Avenue • Suite 228 • La Jolla, CA 92037
(858) 824-1703 • FAX (858) 455-6473

1763 West 24th Street • Suite 105 • Yuma, AZ 85364
(928) 344-4575 • FAX (928) 344-0577

WWW.LJSO.ORG

E-MAIL: jserockimd@ljsso.org

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION TO INDIVIDUALS AND/OR FAMILY MEMBERS

In accordance with Federal Government Privacy rules implemented through the Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA), in order for your physician or staff to discuss your medical information with members of your family or other individuals you designate, we must obtain your authorization prior to doing so. In the event of an emergency or if your are unable to give your authorization due to the severity of your medical condition, the law stipulates that these rules may be waived. You have the option to decline the release of this information. Please indicate your preference below.

_____ Yes, I authorize the practice to verbally release any and/or all information concerning my medical care to any family member.

_____ Yes, I authorize the practice to verbally release any and/or all information concerning my medical care on any personal answering machine and/or voice mail system.

_____ No, I do not authorize the practice to verbally release any and/or all information concerning my medical care to any family member.

_____ No, I do not authorize the practice to verbally release any and/or all information concerning my medical care on any personal answering machine and/or voice mail system.

AUTHORIZATION TO OBTAIN MEDICAL RECORDS FROM MEDICAL PROVIDERS

By my signature below, I here by authorize John H. Serocki, M.D. and his staff to **OBTAIN** any and all medical records concerning my care from any physician, hospital or other health care professional that has provided medical care to me in the past. This would include receiving these records via facsimile and other secure electronic communication channels.

I understand that it may become necessary For John H. Serocki, M.D. and his staff to **DISCLOSE** treatment, billing or medical information to referring physicians, hospitals and any insurance companies, third party administrators or managed care companies. This would include disclosure via facsimile and other secure electronic communication channels.

Patient Signature

Date

Printed Name

Date of Birth