



NewportCare®

MEDICAL GROUP

3300 WEST COAST HIGHWAY
NEWPORT BEACH, CA 92663

**INFORMACION DEL PACIENTE
PARA ARCHIVOS MEDICOS**

Fecha de Hoy _____

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Número del Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Número Código Postal _____ Número de teléfono _____

Ocupación _____ Número de Licencia de Conducir _____

Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Casado Soltero Divorciado Viudo

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

Conyuge / o Padre Responsable _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Ocupación _____ Número de Licencia de Conducir _____

Nombre del Empleador _____ Número de Teléfono del Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Contacto de Emergencia persona que no Vive con Usted:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

• Por favor complete si el paciente es menor de 21 años de edad o un estudiante

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

Trabajo del Padre _____ Trabajo de la Madre _____

Empleador del Padre _____ Empleador de la Madre _____

Dirección _____ Dirección _____

Información del Seguro Médico

Suscriptor Principal de Seguros _____ **Segundo Suscriptor del Seguro** _____

Empresa de Seguros _____ Empresa de Seguros _____

Número de Identificación _____ Número de Identificación _____

Número de Grupo _____ Número de Grupo _____



NewportCare®

MEDICAL GROUP

3300 WEST COAST HIGHWAY
NEWPORT BEACH, CA 92663

**HISTORIA DEL PACIENTE
PARA LA INGESTA DE PODIATRIA**

Fecha _____
Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____
Describa su problema (incluya la fecha de lesión, si es aplicable) _____

Soltero Casado Viudo Divorciado Otro
Altura _____ Peso _____ Tamaño de Calzado _____
Ocupación _____

Ejercicio: Tipo, duración, frecuencia (Por ejemplo: Caminando 30 minutos 3 veces por semana)

Fuma actualmente? Si No

Cuantos paquetes al día? _____ Por cuantos años? _____

Ha fumado previamente? Si No

Cuantos paquetes al día? _____ Por cuantos años? _____

Año en que dejó de fumar _____

Usa drogas creativas? Si No

Si es así, cada cuando? _____

Que drogas esta usando? _____

Toma café? Si No

Numero de bebidas con cafeína al día? _____

Consume Alcohol? Si No

Tipo de alcohol _____

Cuanto alcohol consume por semana? _____

Raza: Asiatico Negro Caucásico Hispano Otro

HISTORIA MEDICA DEL PASADO

MEDICAL	FECHA	FECHA
<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Hernia Hiatal _____
<input type="checkbox"/> Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguinea _____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	<input type="checkbox"/> Infección Renal _____
<input type="checkbox"/> Bultos en el Pecho	_____	<input type="checkbox"/> Neumonía _____
<input type="checkbox"/> Cancer	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de Próstata _____
<input type="checkbox"/> Tos Crónica	_____	<input type="checkbox"/> Sangrado Rectal _____
<input type="checkbox"/> Cistitis	_____	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Problema de Tiroides _____
<input type="checkbox"/> Enfisema	_____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis _____
<input type="checkbox"/> Epilepsia	_____	<input type="checkbox"/> Ulcera _____
<input type="checkbox"/> Fiebre de Heno	_____	<input type="checkbox"/> Perdida de Peso _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	_____	<input type="checkbox"/> Otro: (Especificar) _____
<input type="checkbox"/> Hepatitis – B, C	_____	
<input type="checkbox"/> HIV	_____	

Historia Quirurgica del Pasado:

CIRUGIAS	FECHA
<input type="checkbox"/> Abdominal	_____
<input type="checkbox"/> Apéndice	_____
<input type="checkbox"/> Seno	_____
<input type="checkbox"/> Fractura de Huesos	_____
<input type="checkbox"/> Vesícula Biliar	_____
<input type="checkbox"/> Corazón	_____
<input type="checkbox"/> Próstata	_____
<input type="checkbox"/> Amígdalas	_____
<input type="checkbox"/> Utero y/o Ovario	_____
<input type="checkbox"/> Otro	_____
Ultimo Tétano	_____

MEDICAMENTOS

Anote todos los medicamentos recetados y no recetados y las dosis:

Anote todas sus alergias:

Medicamentos: _____

Comidas: _____

Cintas _____ Novocaína _____ Anestéticos _____

Plata/Niquel /Joyeria personalizada _____

Otras: _____

Que otro tipo de reacciones ha experimentado?

Physician Order Rx/Request for Authorization: Prescription Form/ Certificate of Medical Necessity

Patient Name _____ Physician Name _____

Surgery Center _____ Primary ICD-9 Code(s) _____ DOI: _____ Right Left

Product Description

Place Sticker Here

Product Description

Place Sticker Here

Product Description

Place Sticker Here

Narrative Report:

My signature below acknowledges that, in my judgment, the prescribed item is medically indicated & necessary and consistent with current accepted standards of medical practice and treatment of this patient's physical condition. My signature also serves to confirm the veracity of all information included in this document.

Products: Compression Stocking Walker Boot Post-Op Shoe Knee Immobilizer Post-Op Knee
 LSO Abdominal Binder Sling Shoulder Immobilizer Cervical Collar Wrist Brace Crutches
 Thumb Spica Front Wheel Walker Other _____

Pneumatic Intermittent Compression (PIC) Device with bilateral calf wraps

TAKE HOME PORTABLE DEVICE

Place Label With Serial # Here

DEVICE: Pneumatic Intermittent Compression Device - Duration 1-30 Days
APPLIANCE(S): Segmental Gradient Pressure Pneumatic Appliance(s) X2 - Duration 1-30 Days
MEDICAL COMPLICATIONS: CVI Diabetes DVT Lymphedema Other: _____

Narrative Report: In my evaluation of this patient, I have noted there is a higher risk of developing Deep Venous Thrombosis (DVT), due to the type of surgery performed combined with other risk factors. I am Prescribing DVT Prophylaxis involving the use of a pneumatic compression device and the necessary appliances. This patient will have decreased ability and duration of ambulation following surgery, which will significantly increase the risk factors associated with DVT, Pulmonary Embolism (PE), DVT and PE can be major complications associated with these surgeries, resulting in significant morbidity and mortality rates, as stated by the American College of Chest Physicians.

Significant published data is available on the incidents of DVT/PE, the effectiveness of various prophylactic techniques and the risks of hemorrhage when heparin is used, all of which provide positive and compelling evidence in support for the use of intermittent compression devices in DVT prevention. The plantar and lower leg wraps have added the advantage of reproducing the physiological mechanism of venous return. Impaired venous blood flow in post abdominal/orthopedic surgeries, trauma, and other conditions that impede or significantly decrease ambulation of patients most certainly will decrease circulation which can result in edema, pain, delayed healing and increased risk of DVT and PE. The clinical trials show clear evidence that these complications and risk factors can be significantly minimized with the use of the PIC devices.

For these reasons, PIC device and compression wraps are prescribed for this patient to maximize the most positive outcome of surgery and minimize the potential for serious complications. I have successfully used this device in my practice and my patients tolerate the treatment protocol with a very high degree of compliance. I feel this protocol is the most beneficial and cost effective treatment of my patients in greatly reducing the development of DVT, which when ignored can result in significant increase in morbidity and mortality and increased utilization of health care resources and dollars.

Rental to Purchase Option

NewportCare Medical Group makes every effort to provide you with equipment that is yours to keep. However, from time to time your doctor may prescribe a rental piece of equipment such as T.E.N.S. If you need a T.E.N.S. prescribed by your doctor, you may know your insurance may help pay for it. T.E.N.S. are normally rented on a monthly basis. If you wish to purchase the T.E.N.S. because you may need it for extended use, we will apply any daily rental rates to the purchase price. In making your decision to rent or purchase this equipment, you should know that you will be responsible for 20% of the service charge. If you choose the purchase option, you will be responsible for the purchase amount less than the rental.

Option

Rental

Purchase

Patient Acknowledgment & Authorization to Assignment of Benefits(PA/AOB)

I acknowledge receiving instruction, have demonstrated or verbalized my understanding in the proper use and care of the equipment or supplies received today described on this document & will follow them. I understand company business hours and a NewportCare Medical Group representative will be contacting me regarding my financial responsibilities related to this agreement. I acknowledge receipt & understand the Company Patient Information Privacy Notice and that all information on this document is correct. I understand and agree that I am responsible for payment or products and services provided by NewportCare Medical Group. I agree to make payment, in full, upon receipt of payment from insurance company to policy holder if not endorsed and forwarded to NewportCare Medical Group. I authorize release of any medical information necessary to process this claim and certify the above information is correct. I authorize any and all payments of medical benefits to NewportCare Medical Group for the products and services rendered.

Patient Signature _____ Date _____

Product Delivery Acknowledgment (Required for Medicare Claims)

Patient Signature _____ Date _____

Patient Sticker Here

License# _____ NPI# _____ Physician Signature _____



NewportCare®
MEDICAL GROUP
 3300 WEST COAST HIGHWAY
 NEWPORT BEACH, CA 92663

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Entiendo que, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1966 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para lo siguiente:

- Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar infravalorados en el tratamiento directa e indirectamente.
- Obtenga el pago de los pagadores de terceros.
- Realizar operaciones de atención médica normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Solo a pedido, su organización proporcionará una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción mas detallada de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento en esta dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinjan como se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos de operaciones de atención médica. También entiendo que estan obligados a aceptar mis solicitudes, y al aceptar tales solicitudes, estan obligados a cumplir con esas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que su organizacion haya tomado una decisión basada en el consentimiento.

SITIO WEB Y LIBERACION DE LOS MEDIOS SOCIALES

Yo, _____, (déjalo en blanco si no quieres involucrarte) por este medio autorizo a NewportCare Medical Group, a sus asociados y afiliados a publicar la historia, foto u otro artículo de mi hijo /a, en lo sucesivo referido como "Materiales," que yo envió al sitio web de NewportCare Medical Group, cuenta de Twitter, cuenta de Instagram, cuenta de LinkedIn, cuenta de YouTube y cuenta de Facebook.

Por la presente le libero a su representante, empleados, gerentes, miembros, funcionarios, compañías matrices, subsidiarias y directores, de todas las reclamaciones y demandas que surjan de o en conexión con cualquier uso de dichos "Materiales," incluyendo, sin limitación, todos los reclamos por invasión de privacidad, infracción de mi derecho de publicidad, difamación y cualquier otro derecho personal o de propiedad.

Reconozco y acepto que no me corresponderan sumas como resultado del uso y /o explotación de los "Materiales" ni de ningún derecho en ellos.

Nombre del Paciente

Firma

Relación con el Paciente

Fecha



NewportCare®
MEDICAL GROUP
3300 WEST COAST HIGHWAY
NEWPORT BEACH, CA 92663

LIBERACION DE REGISTROS

Yo, _____, autorizo a NewportCare Medical Group a consultar mi condición médica y los resultados de las pruebas con:

Indique todos los nombres y números de teléfono según corresponda.

Esposa _____

Madre _____

Padre _____

Hermana (s) _____

Hermano (s) _____

Hijo (s) _____

Hija (s) _____

Cuidador _____

Contestador automático en el número de teléfono _____

Otro _____

Nadie más que paciente _____

Nombre del Paciente (Imprimir) _____

Firma _____

Relación con el Paciente _____

Fecha _____



NewportCare®
MEDICAL GROUP
3300 WEST COAST HIGHWAY
NEWPORT BEACH, CA 92663

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

La práctica se reserva el derecho de modificar los esquemas de prácticas de privacidad en este aviso.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente (Imprimir) _____

Firma _____

Relación con el Paciente _____

Fecha _____

DOCUMENTACION DEL INTENTO PARA OBTENER RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Intento de Obtener Acuse de Recibo

Se intentó obtener un Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad en

El Acuse de Recibo no se obtuvo porque:

*El paciente estaba en tratamiento de emergencia

*El paciente se negó a firmar el Acuse de Recibo.

*Otro _____

Nombre del Paciente (Imprimir) _____

Firma _____

Relación con el Paciente _____

Fecha _____



NewportCare®
MEDICAL GROUP
3300 WEST COAST HIGHWAY
NEWPORT BEACH, CA 92663

CONSENTIMIENTO DE INTERES FINANCIERO

Yo, _____ (paciente), reconozco y acepto que mi(s) médico(s) pueden tener interés financiero en hospitales, centros de cirugía, centros de imágenes, terapias físicas y / o dispositivos quirúrgicos que el o ella opte por utilizar. Por la presente reconozco mis derechos para elegir otro médico o para solicitar que se utilicen los servicios de otra instalación o dispositivo.

Nombre del Paciente (Imprimir)

Firma

Relación con el Paciente

Fecha



NewportCare®
MEDICAL GROUP
3300 WEST COAST HIGHWAY
NEWPORT BEACH, CA 92663

**NEWPORTCARE MEDICAL GROUP
POLITICA FINANCIERA DE LA OFICINA**

Gracias por elegir NewportCare Medical Group. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Esperamos que entienda que el pago de sus facturas son consideradas parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera que requerimos que lea, acepte, y firme antes de cualquier tratamiento. Esta política financiera se aplica a todos los servicios prestados for los médicos y fisioterapeutas.

Es nuestra política que el paciente, en lugar de la compañía de seguros, sea responsable del pago completo de nuestros cargos. Todos los pacientes con cobertura de seguro estan obligados a pagar los servicios no cubiertos, cualquier monto de deducible que no se haya cumplido anteriormente, y cualquier monto de copago adeudado, al momento de los servicios prestados. Para los pacientes con cobertura de seguro dual, le facturaremos el seguro primario y el segundo seguro si nos ha proporcionado la información necesaria.

Los pacientes asegurados con planes con los que NO estamos contratados deberán pagar por la primera visita en su totalidad. Para cualquier visita de seguimiento, deberá pagar un 30% en el momento en que se presten los servicios. Habrá un pago inicial del 30% antes de cualquier cirugía necesaria.

Si está asegurado con un plan con el que estamos contratados (incluso Medicare), deberá pagar por los servicios no cubiertos, cualquier deducible pendiente y su cantidad de copago al momento de cada visita. Si por alguna razón la compañía de seguros no pagó, el paciente será responsable del saldo total.

Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro paguen por los servicios en el momento en que dichos servicios han sido prestados.

Si no se hacen los arreglos de pago o pagan saldos pendientes dentro de los 60 días de la notificación o vencimiento, puede resultar en la terminación del cuidado por NewportCare Medical Group.

Nuestros métodos de pago aceptados son efectivo, cheque, Visa, MasterCard o Discover Card. Si se solicita, se puede programar un breve pago para aquellos pacientes que tienen condiciones financieras especiales.

Nuevamente, gracias por confiarnos su cuidado. Si tiene alguna pregunta sobre la responsabilidad financiera de las opciones de pago, comuníquese con nuestro departamento de seguros.

“He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las disposiciones de esta política.”

Nombre del Paciente (Imprimir)

Firma del Paciente / Garante

Fecha

