



# Cornerstone

## ORTHOPEDIC INSTITUTE

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino SSN: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

No. Telefono: \_\_\_\_\_ Dirección Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorido(a)

Mi condicion esta relacionada a: \_\_\_\_ Accidente de trabajo \_\_\_\_ Accidente de auto \_\_\_\_ Otro  
(Pida una forma de accidente a la recepcionista)

### Información De Seguro

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de identificación del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado de la primer póliza: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de identificación del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado de la segunda póliza: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

La información proveida es correcta y verdadera. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para el cuidado médico bajo la dirección de \_\_\_\_\_. Yo entiendo que ningunas garantías se me han dado como resultado de estos tratamientos o exámenes.

si su seguro cambia, usted es responsable de notificar a nuestra oficina antes de su cita. Por favor presente su nueva tarjeta de seguro para que podamos obtener la información correcta de la presentacion. Yo autorizo pago directamente a "Orthopedic Surgery Center" de los beneficios de seguro que en otro caso serían pagados hacia mi como tambien el permiso de dar información directamente relacionado con este cobro.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Cornerstone

## ORTHOPEDIC INSTITUTE

### Patient Pain Diagram (This will become part of your chart)

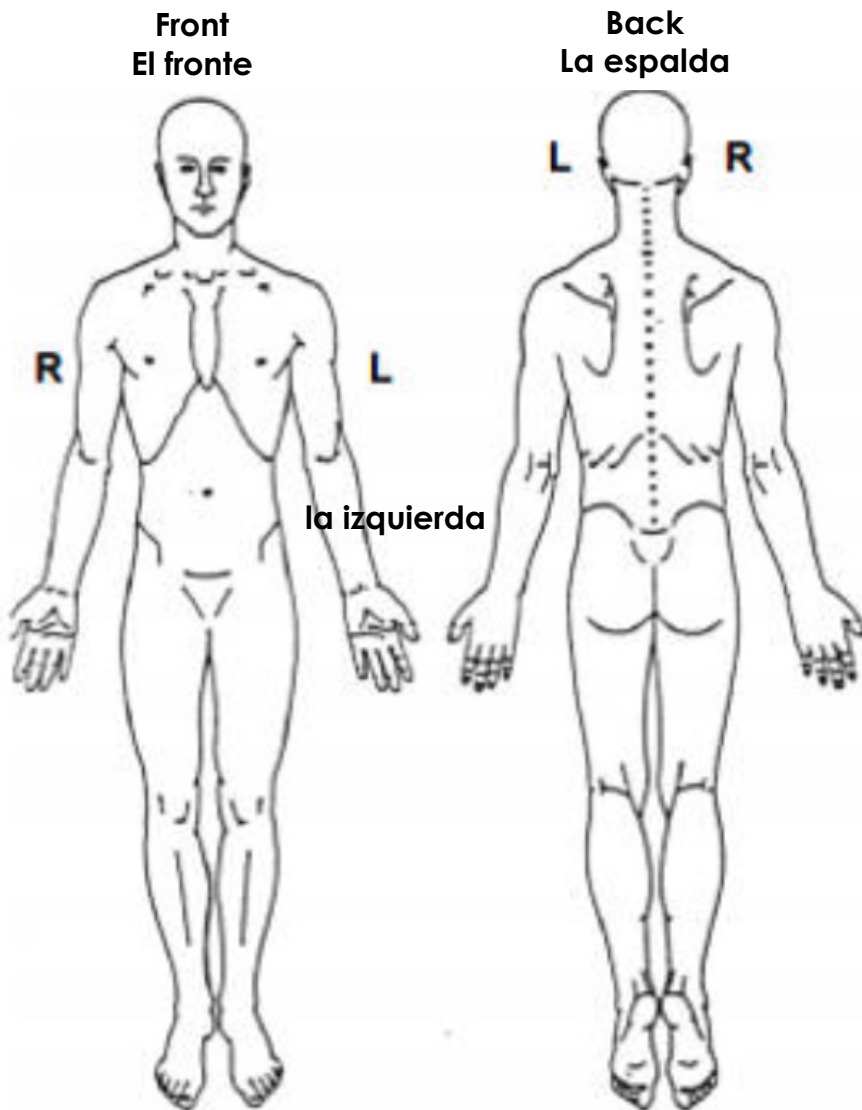
Nombre: \_\_\_\_\_ Age/: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Please mark where your pain is located, front and back  
Favor de marcar por enfrente y atrás la area de dolor

X - Pain (Dolor)

✓ - Burning (Ardiente)

O - Numbness (Dormido)



Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**Aviso de las prácticas de privacidad  
aceptación del paciente**

El paciente acepta haber recibido una copia de el aviso de la prácticas privacidad. Orthopedic Surgery Center usara la información médica del paciente en una manera confidencial y en cumplimiento con el acta de privacidad (HIPAA). Se necesita una autorización por separado para dar informacion sobre protección media. La información del paciente no será vendida a nadie y no será incluida en ningunos estudios médicos sin autorización del paciente.

Requieros:

- Deseo una orden de restricción de mi información de li salud protegida
- Deseo una orden de comunicaciones alternativas de mi salud protegida
- Me opongo al siguiente en el aviso de las prácticas de privacidad y entiendo que la oficina no está requerida a honrar estos objeciones.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Premios:

- Yo doy mi autorización a OSC que utilice mi numero y/o mi correo electrónico para el recordatorio de citas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

- Otorgo permiso a las siguientes 3 personas para que llamen en mi nombre

**Persona autorizada 1**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**Persona autorizada 2**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**Persona autorizada 3**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*FOR OFFICE USE ONLY\*\*\*\*\*

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Good faith effort to obtain receipt (describe): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Cornerstone

## ORTHOPEDIC INSTITUTE

### **Acuerdo medico de la condición de miembro activo del plantel médico**

“Miembro de la familia inmediata”, se define como cualquiera de los siguientes: Esposo/a, hijo natural o por adopción, padre/madre, hermano/a, madrastra/padrastro, hermanastro/a, suegro/a, cuñada/o, nuera, yerno, abuelo/a, nieta/o, esposo/a de nieto/a.

Yo, Raul Marquez, M.D. estoy de acuerdo de que como condición de mi membresía continuada del plantel médico del “Cornerstone Regional Hospital”, debo hacer notar por escrito cualquier tipo de interes economico que tenga yo o mi familia inmediata en dicho hospital. Yo haré este anuncio al paciente en el momento que refiero el paciente al “cornerstone Regional Hospital” para cualquier servicio, sea como internado o ambulatorio. También entiendo que no estoy obligado a hacerle saber al paciente si yo o algun familiar mio no tenga interes economico en el hospital.

---

(Firma)

---

(Fecha)



# Cornerstone

## ORTHOPEDIC INSTITUTE

### Accident Report (Report de Accidente)

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Work Related? \_\_\_\_\_  
(accidente de trabajo)

Auto Accident? \_\_\_\_\_  
(accidente automovilístico)

School Injury? \_\_\_\_\_  
(accidente de escuela)

Other \_\_\_\_\_  
(otro tipo de accidente)

Date of Accident: \_\_\_\_\_  
(fecha de accidente)

Are you being represented by an attorney for this accident? (¿Está siendo representado por un abogado por este accidente?)

Yes (sí)  No

History of Accident: (in your own words state when, where and how the accident happened) Historia del Accidente: (en sus propias palabras describa cuando, donde y como ocurrió el accidente)

---

---

---

---

---

I verify, to the best of my knowledge, that the information above is true and accurate. (Al firmar significa que la información mencionada es correcta)

Signed: \_\_\_\_\_  
(firma de persona responsable)

Date: \_\_\_\_\_  
(fecha)



**Cornerstone**  
**ORTHOPEDIC INSTITUTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero social: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para tratamiento/póliza de privacidad/asignatura de beneficios

El paciente y/o la persona responsable de la dicha cuenta está de acuerdo y entiende lo siguiente:

**I. Consentimiento para tratamiento:** y doy consentimiento a la evaluación y servicios proveídos por el Dr. \_\_\_\_\_ de Orthopedic Surgery Center en esta clínica. Los servicios pueden incluir radiología diagnóstica. Yo entiendo que mi consentimiento puede ser revocado, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación no le quita la obligación financiera por los servicios administrados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**II. Autorización para dar u obtener información:** El paciente autoriza a Orthopedic Surgery Center para dar a cualquier seguro médico que es responsable por pago completo o parcial de la cuenta médica del paciente, la información necesaria para el proceso correcto de los reclamos médicos. Adicionalmente, el paciente da permiso a Orthopedic Surgery Center para proveer la información necesaria a otras oficinas medicas como sea necesario para facilitar el cuidado médico correcto, limitado unicamente a esa información que sea necesaria para hacer referencias, etc. a favor del paciente.

**III. Confirmación de privacidad:** El paciente está de acuerdo que recibió una copia del aviso de las prácticas de privacidad. Orthopedic Surgery Center usara la información médica del paciente en una manera confidencial y en cumplimiento con el acta de privacidad (HIPAA). Se necesita una autorizacion por separado para dar informacion sobre proteccion medica. La información del paciente no será vendida a nadie y no será incluida en ningunos estudios medicos sin autorización del paciente.

Yo acepto los términos y condiciones explicados en las secciones II y III de esta póliza:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**IV. Responsabilidad financiera:** En consideracion de tratamiento medico y servicios proveídos al paciente, el paciente a la persona responsable garantiza incondicionalmente el pago completo a Orthopedic Surgery Center. Orthopedic Surgery Center Obedecera los términos y condiciones que se imponen en los contratos de manejo individual con los que el paciente y el doctor ambos participan. Pacientes cubiertos por un plan de seguro que no tienen un contrato de manejo de el cuidado con Orthopedic Surgery Center entienden que Orthopedic Surgery Center mandara reclamos para ser procesados. Sin embargo, el paciente o la persona encargada es responsable por el pago completo de el balance de la cuenta aparte de lo que cubre el seguro o la determinación de beneficios de seguro. Si el seguro no paga un reclamo dentro de 45 días, el balance es responsabilidad de el paciente o la persona responsable. Todos los pagos son dados al tiempo de recibir el servicio. El paciente o la persona responsable entiende que es responsable de proveer información correcta sobre su seguro. Si usted no nos comunique cualquier cambio en su cobertura médica, esto puede resultar en que los reclamos no sean pagados. Se le cobrará al paciente por cualquier reclamo que no se pagado por no dar la información correcta y a tiempo.

**V. Asignación de Beneficios de seguro:** El paciente autoriza a cualquier seguro representado como responsable por el pago completo o en parte de la cuenta médica del paciente, incluyendo cualquier protección personal o seguro médico, a pagarla a Orthopedic Surgery Center cualquier dinero y beneficios que son pagados hacia mi. Adicionalmente, yo estoy de acuerdo que cualquier pagos serán aplicados a cualquier cuenta pendiente que yo haya recibido bajo cualquier seguro de auto o motorista sin seguro o con bajo seguro proveído por el cubrimiento de pagos médicos.

Yo acepto los términos y condiciones explicados en las secciones II y III de esta póliza:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_



**Cornerstone**  
**ORTHOPEDIC INSTITUTE**

## Medication List/ Lista de Medicamentos

**Please list all your current medications you are currently taking:**  
(prescriptions and over-the-counter medications)

(Español)

**Enumere los medicamentos que esta tomando actualmente:**  
(prescripciones and medicamentos de ventana libre )

NAME/ NOMBRE:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

---

Signature (Firma del paciente)

---

Date (Fecha)



# Cornerstone

## ORTHOPEDIC INSTITUTE

**Raul A. Marquez, M.D.**  
**Daniel A. Romanelli, M.D.**  
(956)668-0060  
2402 Cornerstone Blvd. 78539

### Injections (Inyecciones)

Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Patient's Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre de Paciente)

DOB: \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

Any history of Diabetes: \_\_\_\_\_ Yes/Si or \_\_\_\_\_ No  
(Historia de diabetes)

#### **Risk and Benefits for Injection:**

Benefits of this procedure includes reduced pain and increased flexibility. Hematoma, infections, no improvement of the symptoms, an allergic reaction, discoloration of the skin and or indenting of injection site. Please know there are no guaranteed for this procedure.

(Español)

#### **(Riesgos y beneficios de la inyección)**

Los beneficios de este procedimiento incluyen reducción del dolor y mayor flexibilidad. Hematoma, infecciones, sin mejoría de los síntomas, reacción alérgica, decoloración de la piel o sangría en el lugar de la inyección. Tenga en cuenta que no hay garantía para este procedimiento.

#### **Post-op Injection Instructions:**

- Soreness – Please rest (Dolor - por favor descansa)
- Ice injection site (aplicar hielo en el lugar de la inyección)
- 10 – 15 minutes
- Allow 2-3 days for full effect of the injection (Espere 2-3 días para que la inyección tenga pleno efecto)

\_\_\_\_\_  
Patient's signature/ Firma del paciente

**Please call our office if you have any concerns or persistent pain (956)668-0060.**  
Llame a nuestra oficina si tiene alguna inquietud o dolor persistente



## Encuesta De Rodilla

**Instrucciones:** Esta encuesta le pide su opinión sobre su rodilla. Esta información nos ayudará a mantener un registro de cómo se siente con respecto a su rodilla y qué tan bien puede hacer sus actividades habituales.

Responda a cada pregunta por seleccionar la casilla correspondiente, solo una casilla para cada pregunta. Si no está seguro de cómo responder una pregunta, responda lo mejor que pueda.

### Rigidez de las articulaciones

La siguiente pregunta se refiere a la cantidad de rigidez articular que ha experimentado durante la última semana en su rodilla. La rigidez es una sensación de restricción o lentitud en la facilidad con que mueve la articulación de la rodilla.

1. ¿Qué tan severa es la rigidez de su rodilla después del primer despertar en la mañana?

- Ninguna (4)     Templado (3)     Moderado (2)     Grave (1)     Extremo (0)

### Dolor

¿Qué cantidad de dolor de rodilla ha experimentado la última semana durante las siguientes actividades?

2. Torciendo / girando sobre su rodilla

- Ninguna (4)     Templado (3)     Moderado (2)     Grave (1)     Extremo (0)

3. Enderezando la rodilla completamente

- Ninguna (4)     Templado (3)     Moderado (2)     Grave (1)     Extremo (0)

4. Subiendo o bajando escaleras

- Ninguna (4)     Templado (3)     Moderado (2)     Grave (1)     Extremo (0)

5. De pie

- Ninguna (4)     Templado (3)     Moderado (2)     Grave (1)     Extremo (0)

### Función, La vida diaria

Las siguientes preguntas se refieren a su función física. Con esto nos referimos a su capacidad para moverse y cuidarse. Para cada una de las siguientes actividades, indique el grado de dificultad que ha experimentado en la última semana debido a su rodilla.

6. Levantarse de estar sentado

- Ninguna (4)     Templado (3)     Moderado (2)     Grave (1)     Extremo (0)

7. Doblarse al piso / recoger un objeto

- Ninguna (4)     Templado (3)     Moderado (2)     Grave (1)     Extremo (0)

Puntuación Total = \_\_\_\_\_