

**PATIENT INFORMATION – Please Print**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
*(apellido) (Primer nombre) (fecha de nacimiento)*

Address \_\_\_\_\_  
*(Su dirección de su casa)*

Home Phone # \_\_\_\_\_ Cell Phone # \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
*(teléfono Inicio) (teléfono Celular) (correo electrónico)*

Sex  M  F    Marital Status  Minor  Single  Married  Long-Term Partner  Divorced  Widowed  Separated

Social Security # \_\_\_\_\_ Drivers License # \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_  
*(Número de Seguro social) (Licencia de Conducir) (Estado)*

Occupation \_\_\_\_\_  
*(Ocupación)*

Employer \_\_\_\_\_ Business Phone # \_\_\_\_\_  
*(Empleador) (Teléfono trabajo)*

Employer Address \_\_\_\_\_  
*(La dirección de su empleador)*

Emergency Contact Name? \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
*(Contacto de Emergencia) (Número de Teléfono)*

Referring Physician / Family Physician \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
*(Médico de referencia / médico de familia) (Teléfono del doctor)*

**INSURANCE INFORMATION – A Copy of Your Insurance Card & Driver's License (Photo ID) is required**  
**(INFORMACIÓN DEL SEGURO: se requiere una copia de su tarjeta de seguro y licencia de conducir (identificación con foto))**

Primary Insurance \_\_\_\_\_ ID/Policy # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_  
*(Seguro Primario) (Número de póliza) (Numero de grupo)*

Policy Holder \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
*(nombre del suscriptor) (Social de suscriptor) (fecha de nacimiento)*

Secondary Insurance \_\_\_\_\_ ID/Policy # \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_  
*(Seguro secundario) (Número de póliza) (Numero de grupo)*

Policy Holder \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
*(nombre del suscriptor) (Social de suscriptor) (fecha de nacimiento)*

**RELEASE OF MEDICAL INFORMATION AUTHORIZATION**  
**(PUBLICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA)**

In order to protect your privacy, CHI Baylor St. Luke's Medical Group, East Houston Orthopedics, asks you to list the family members, friends or any person(s) who can request or inquire regarding your Protected Health Information which includes medical condition and/or billing and financial information.  
*(Para proteger su privacidad, CHI Baylor St. Luke's Medical Group, East Houston Orthopedics, le solicita que indique los miembros de su familia, amigos o cualquier persona que pueda solicitar o consultar su Información de salud protegida, que incluye una condición médica y o facturación e información financiera.)*

**Name of Family Member / Friend / Other Person(s)**  
*(Nombre del familiar / amigo / a otra persona (s))*

**Relationship to Patient**  
*(Relación con el paciente)*




PATIENT HISTORY (HISTORIA DEL PACIENTE)

PATIENT NAME \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_
Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

PRESENT ILLNESS / INJURY / SYMPTOMS
ENFERMEDAD ACTUAL / LESIÓN / SÍNTOMAS

What is the nature of your illness, injury or symptoms? \_\_\_\_\_
(Back pain, hurt foot, shoulder pain, etc. Please specify Right, Left or Both)

¿Cuál es la naturaleza de su enfermedad, lesión o síntomas? (Dolor de espalda, dolor en el pie, dolor de hombro, etc. Por favor, especifique Derecha, Izquierda o Ambos)

Did you have an Accident or Injury to cause your symptoms? ↑ YES ↑ NO
¿Tuvo usted un accidente o lesión para causar sus síntomas? ↑ Sí ↑ NO

If YES, state where it happened (CIRCLE one) WORK HOME AUTO OTHER (specify) \_\_\_\_\_
Si la respuesta es Sí, indique dónde ocurrió (CIRCULO uno) TRABAJAR/ INICIO / AUTO / OTROS (especificar)

Date of Accident / Injury or Onset of Symptoms (month/day/year) \_\_\_\_\_
Fecha del accidente / lesión o inicio de los síntomas (mes / día / año)

If Accident / Injury, please explain how you were injured \_\_\_\_\_
En caso de accidente / lesión, explique cómo se lesionó

Have you received treatment for this problem? ↑ YES ↑ NO
¿Has recibido tratamiento para este problema? ↑ Sí ↑ NO

If YES, who provided treatment? \_\_\_\_\_ Where? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_
En caso afirmativo, ¿quién proporcionó tratamiento? ¿Dónde? ¿Cuándo?

Were x-rays or other tests performed? ↑ YES ↑ NO
¿Se realizaron radiografías u otras pruebas? ↑ Sí ↑ NO

If YES, what tests were performed? \_\_\_\_\_ Where? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_
En caso afirmativo, ¿qué pruebas se realizaron? ¿Dónde? ¿Cuándo?

Do you smoke? YES NO Number of years? \_\_\_\_\_ Number of packs a day? \_\_\_\_\_ Do you Drink? YES NO
¿Fumas? SI NO ¿Número de años? ¿Número de paquetes al día? Tome alcohol? Si No

Are you a former smoker? YES NO How many Years? \_\_\_\_\_
¿Es usted un ex fumador? SI NO ¿Cuántos años?

PAST MEDICAL HISTORY (HISTORIA MÉDICA PASADA)

Do you have or have you ever had any of the following conditions? (Please CIRCLE all that apply).
¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Por favor circule todo lo que corresponda).

- High Blood Pressure / Presión arterial alta
Kidney Problems / Problemas renales
Diabetes / Diabetes
Stroke / Accidente cerebrovascular
Asthma / Asma
Emphysema / Enfisema
Blood Clots (DVT) / Coágulos sanguíneos (TVP)
Psychiatric Illness / Enfermedades psiquiátricas
Arthritis / Artritis
Gastritis/Ulcers / Gastritis / Úlceras
Cancer / Cáncer
Heart Problems / Problemas cardíacos

Other (please specify) \_\_\_\_\_
Otros (especificar)

PAST SURGICAL HISTORY (HISTORIA QUIRÚRGICA PASADA)

Please list any OPERATIONS / SURGERIES / PROCEDURES you have had including DATES and PHYSICIAN / SURGEON.
Enumere cualquier OPERACIÓN / CIRUGÍA / PROCEDIMIENTOS que haya tenido, incluidas las FECHAS y el MÉDICO / CIRUJANO.

## Authorization and Assignments

Thank you for choosing CHI Baylor St. Luke's Medical Group. We realize you have a choice in selecting healthcare and we are honored you have chosen us. Our staff is committed to providing our patients with the highest quality of care possible. In doing so, we would like to provide you with information regarding our office policies. Please feel free to contact our office anytime Monday – Friday during routine business hours if you have questions, concerns, or suggestions.

*Gracias por elegir el Grupo Médico de CHI Baylor St. Luke. Sabemos que tiene la opción de seleccionar la atención médica y nos sentimos honrados de que nos haya elegido. Nuestro personal está comprometido a proporcionar a nuestros pacientes la mejor calidad de atención posible. Al hacerlo, nos gustaría brindarle información sobre nuestras políticas de oficina. No dude en ponerse en contacto u oficina en cualquier momento de lunes a viernes durante el horario laboral de rutina si tiene preguntas, inquietudes o sugerencias.*

Our providers participate with many health plans and as a courtesy to our patients, we file claims with these companies. It is ultimately your responsibility for the full and timely payment of your account.

*Nuestros proveedores participan con muchos planes de salud y, como cortesía a nuestros pacientes, presentamos reclamos a estas compañías. En última instancia, es su responsabilidad el pago completo y oportuno de su cuenta.*

Payment of your estimated patient responsibility is expected at the time services are rendered. This payment will include known deductibles, copays, and coinsurance amounts applicable for each visit and or procedure. While we may estimate your financial responsibility, it is your insurance company that makes the final determination regarding eligibility and benefits. For your convenience we accept cash, checks, most major credit cards and debit cards.

*Se espera el pago de su responsabilidad estimada del paciente en el momento en que se prestan los servicios. Este pago incluirá deducibles conocidos, copagos y montos de coseguro aplicables para cada visita o procedimiento. Si bien podemos estimar su responsabilidad financiera, es su compañía de seguros la que toma la decisión final con respecto a la elegibilidad y los beneficios. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques, la mayoría de las principales tarjetas de crédito y débito.*

I acknowledge I have requested medical services from CHI Baylor St. Luke's Medical Group, on behalf of myself and/or my dependents and understand that by making this request I become fully financially responsible for any and all charges incurred in the course of the treatment authorized.

*Reconozco que he solicitado servicios médicos de CHI Baylor St. Luke's Medical Group, en nombre mío y / o de mis dependientes, y entiendo que al realizar esta solicitud me hago totalmente responsable financieramente de todos los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado .*

I further understand that fees are due and payable on the date the services are rendered and agree to pay all such charges incurred in full immediately upon presentation of the appropriate statement. A photocopy of this assignment is to be considered as valid as the original.

*Además, entiendo que las tarifas deben pagarse en la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los cargos incurridos en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración correspondiente. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse tan válida como la original.*

Please be aware additional charges may be incurred if during the course of a physical exam a physician addresses, diagnoses, or treats problem-focused health concerns unknown at time of check in. Please be aware certain office procedures or services may not be covered, or may be considered “not medically necessary”, “experimental”, “cosmetic”, or simply “non-covered” by your health plan. You are responsible for payment of these services. In the event your care exceeds a plan limitation, you will be responsible for the balance. It is your responsibility to know the benefits and limitations of your current health care coverage. This clinic will provide medically necessary care based on patient's needs, not a patient's insurance coverage. This clinic is not responsible for knowing your plans specific benefit and coverage limitations.

*Tenga en cuenta que se pueden incurrir en cargos adicionales si durante el transcurso de un examen físico un médico se dirige, diagnostica o trata problemas de salud centrados en el problema desconocidos al momento del registro. Tenga en cuenta que ciertos procedimientos o servicios de la oficina pueden no estar cubiertos, o puede ser considerado "no médicamente necesario", "experimental", "cosmético" o simplemente "no cubierto" por su plan de salud. Usted es responsable del pago de estos servicios. En el caso de que su atención exceda una limitación del plan, usted será responsable del saldo. Es su responsabilidad conocer los beneficios y las limitaciones de su cobertura de atención médica actual. Esta clínica brindará la atención médicamente necesaria según las necesidades del paciente, no la cobertura de seguro de un paciente. Esta clínica no es responsable de conocer los beneficios específicos de su planta y las limitaciones de cobertura.*

I hereby assign all medical benefits to include major medical benefits to which I am entitled. I hereby authorize and direct insurance carrier(s), include Medicare, Medicaid, private insurance and any other health/medical plan, to issue payment check(s) directly to CHI Baylor St. Luke's Medical Group for medical services rendered to myself and/or my dependents regardless of my insurance benefits, if any. I understand that I am responsible for any amount not covered by insurance.

*Por la presente, asigno todos los beneficios médicos para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo a la (s) compañía (s) de seguro (s), incluyo Medicare, Medicaid, seguro privado y cualquier otro plan médico / de salud, para emitir cheques de pago directamente a CHI Baylor St. Luke's Medical Group por los servicios médicos que he prestado a mi persona y / o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro.*

I agree to pay CHI St. Luke's Health Medical Group for all services and products administered. I understand and acknowledge that any monies collected prior to the date services are rendered or products are administered will be applied as a deposit towards total charges assessed for the services rendered. The deposit shall not be considered payment in full. If I participate in a managed care plan, such as an HMO or PPO, I promise to pay for any services or products administered that are not covered under the plan as a result of inaccurate, incomplete or untimely patient information provided by me to the clinic and for any out-of-network charges.

*Estoy de acuerdo en pagar a CHI St. Luke's Health Medical Group por todos los servicios y productos administrados. Entiendo y acepto que cualquier dinero recaudado antes de la fecha en que se presten los servicios o se administren los productos se aplicará como un depósito a los cargos totales evaluados por los servicios prestados. El depósito no se considerará pago en su totalidad. Si participo en un plan de atención médica administrada, como un HMO o PPO, prometo pagar por cualquier servicio o producto administrado que no esté cubierto por el plan como resultado de la información incorrecta, incompleta o inoportuna del paciente que proporcioné a la clínica. y por cualquier cargo fuera de la red.*

My signature certifies I have read and understand the above content of this document.

*Mi firma certifica que he leído y entiendo el contenido anterior de este documento.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_