

# PACIFIC ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

Matthew Lin, M.D.

David Huang, M.D.

Jonathan Chang, M.D.

Anthony Yang, M.D.

Benjamin Tam, M.D.

Shane S. Pak, M.D.

Eugene del Rosario, PA- C

Sihuur Peak, PA-C

Blanca Mora, PA-C

Freddy Chan, PA-C

## Your personal information / *Su Información Personal*

Date/Fecha:		Provider /Proveedor:	
Last Name: <i>Apellido:</i>	First Name: <i>Nombre:</i>	Middle Initial: <i>Medio inicial:</i>	<input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer
Address: <i>Domicilio:</i>	City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip Code: <i>Zona postal:</i>
Home Phone: <i>Telefono de casa:</i>	Social Security #: <i># Seguro social :</i>		Birthdate: <i>Fecha de nacimiento:</i>
Spouse Last Name: <i>Apellido de su Esposo/a:</i>	Spouse First Name: <i>Primer nombre del su Esposo/a:</i>	Spouse Middle Initial: <i>El medio inicial del Esposo/a:</i>	
Work Phone: <i>El Número de Teléfono del Trabajo :</i>	Alternate phone #: <i>Alterne el número de teléfono:</i>		
Referring Provider: <i>El médico referente:</i>	Referring Provider Phone #: <i>Número de teléfono El médico referente :</i>		
Referrer's Address: <i>La domicilio del doctor:</i>	City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip Code: <i>Zona postal:</i>
Primary Care Physician: <i>Médico primario de cuidado:</i>	Phone: <i>Número de teléfono</i>		
PCP's Address: <i>Domicilio primaria de médico de cuidado:</i>	City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip Code: <i>Zona postal:</i>
Pharmacy: <i>Nombre de farmacia:</i>	Phone: <i>Número de teléfono:</i>	Fax:	
Emergency Contact Name: <i>Nombre de contacto de emergencia</i>	Relation: <i>Relación</i>		
Address: <i>Domicilio:</i>	Emer. Contact Phone: <i>número de teléfono de contacto de emergencia:</i>		
City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip Code: <i>Zona postal:</i>	Emergency Alternate Phone Description

## Your insurance information / *Su Información de Seguro*

### Primary Insurance Information *Información primaria de Seguro*

Insurance Name <i>Nombre de seguro</i>		
Your contract or ID Number <i>Su contrato o Número de identificación</i>		
Address: <i>Domicilio:</i>		
City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip Code: <i>Zona postal:</i>

### Secondary Insurance Information / *Información secundaria de Seguro*

Insurance Name <i>Nombre de seguro</i>		
Your contract or ID Number <i>Su contrato o Número de identificación</i>		
Address <i>Domicilio</i>		
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Zona postal:</i>

Is this a work injury?  
*¿Es esto un Accidente del trabajo?*  Sí  No

Workers Compensation Carrier: *Portador de Compensación de trabajadores:*

Were you injured in a motor vehicle accident?  
*¿Fue lastimado usted en un accidente de auto?*  Sí  No

Insurance Name/*El Nombre del seguro:*

### Primary Subscriber Information *Información primaria de Suscriptor*

Last Name: <i>Apellido:</i>	First Name: <i>Nombre:</i>	Middle Initial: <i>Medio inicial:</i>
Address: <i>Domicilio:</i>		
City: <i>Ciudad:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip Code: <i>Zona postal:</i>
Birthdate: <i>Fecha de nacimiento:</i>	<input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer	

### Secondary Subscriber Information *Información secundaria de Suscriptor*

Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	M.I.
Address <i>Domicilio</i>		
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Zona postal:</i>
Birthdate: <i>Fecha de nacimiento:</i>	<input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer	

Date of Injury / *La fecha del Accidente:*

Phone / *Número de teléfono:*

Date of Injury / *La fecha del Accidente:*

Phone/*Número de teléfono:*

# PACIFIC ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

Matthew Lin, M.D.

David Huang, M.D.

Jonathan Chang, M.D.

Anthony Yang, M.D.

Benjamin Tam, M.D.

Shane S. Pak, M.D.

Eugene del Rosario, PA- C

Sihuor Peak, PA-C

Blanca Mora, PA-C

Freddy Chan, PA-C

## Your Medical History / *Su Historia Médica*

Last Name:  First Name:  Middle Initial:  Birthdate:   
*Apellido:* *Nombre:* *Inicial media:* *Fecha de nacimiento:*

Have you been diagnosed with any of the following problems? Please check the appropriate answer.

AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Blood Clots <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cajulos de sangre</i>	Depression <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Depresión</i>	Hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholism <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Alcoholismo</i>	CA Colon <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cáncer de dos puntos</i>	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Kidney disease <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>enfermedad del los riñones</i>
<i>Enfermedad de Alzheimer</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CA Lung <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cáncer de pulmón</i>	Drug Abuse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Abusa de drogas</i>	Osteoarthritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Osteoartritis</i>
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CA Breast <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cáncer de seno</i>	Gout <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Gota</i>	Seizures <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Convulsiones</i>
Arthritis <i>Artritis</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CA Prosta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cancer dela prostata</i>	Heart Disease <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Enfermedad cardíaca</i>	Ulcers <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Úlceras</i>
Asthma <i>Asma</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	COPD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Enfermedad pulmonar asbtractora cronira</i>	Hypertension <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Alta presión</i>	Other / <i>Otro</i> : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Other Diseases: <i>Otras Enfermedades:</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Other Fractures</i> <i>Otras fracturas</i>	<input type="checkbox"/> Right Handed / <i>derecho</i> <input type="checkbox"/> Left Handed / <i>zurdo</i>

**Past Medical Information** Please describe your past orthopaedic problems  
*Información Médica pasada* *Describe por favor sus ultimos problemas ortopedicos*

**Current Medications** Please list any medications you are currently taking, including dosage and frequency  
*Medicaciunes actuales* *Liste por favor cualquier medicina que usted toma actualmente, inclusive la dosis y la frecuencia*

**Past Surgery** Please list any major surgical procedures you've had /  
*Cirugía pasada* *Decriba por favor sus ultimos problemas ortopedicos*

1.  Date / *Dia*  
 2.  Date / *Dia*  
 3.  Date / *Dia*  
 4.  Date / *Dia*  
 5.  Date / *Dia*

**Allergies** Are you allergic to any medication or drugs?  
*Alergias ¿Es usted alérgico a cualquier medicina o drogas?*  Sí  No

If yes, please specify. Si sí, especifica por favor.

Have you ever had any complications from anesthesia? *Usted ha tenido complicaciones de las anestesia?*  Sí  No

## Your Family History / *Sus antecedentes familiares*

Has anyone in your immediate family had any major illnesses?

¿Tiene cualquiera en su famiy inmediato tuvo alguna enfermedad mayor? Verifique por favor la respuesta apropiada.

AIDS/HIV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CA Colon <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cáncer de dos puntos</i>	Drug Abuse <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Abusa de drogas</i>	Muscle Disease <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Enfermedad de músculo</i>
Alcoholism <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Alcoholismo</i>	CA Lung <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cáncer de pulmón</i>	Gout <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Gota</i>	Osteoperosis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>Enfermedad de Alzheimer</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CA Breast <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cáncer de seno</i>	Heart Disease <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Enfermedad cardíaca</i>	Osteoarthritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Osteoartritis</i>
Anemia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CA Prosta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Cancer dela prostata</i>	Hypertension <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Alta presión</i>	Seizures <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Convulsiones</i>
Arthritis <i>Artritis</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depression <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Depresión</i>	Kidney disease <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>enfermedad del los riñones</i>	Ulcers <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Úlceras</i>
Asthma <i>Asma</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Liver Disease <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Afección hepática</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Other Diseases: <i>Otras Enfermedades:</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Other Fractures</i> <i>Otras fracturas</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

# PACIFIC ORTHOPAEDIC ASSOCIATES

Matthew Lin, M.D.  
 Anthony Yang, M.D.  
 Eugene del Rosario, PA- C

David Huang, M.D.  
 Benjamin Tam, M.D.  
 Sihuur Peak, PA-C Blanca Mora, PA-C

Jonathan Chang, M.D.  
 Shane Pak, M.D.  
 Freddy Chan, PA-C

## Your Social History / Su Historia Social

Last Name: <i>Apellido:</i>	First Name: <i>Nombre:</i>	Date/Fecha:	Provider/Proveedor:
Occupation: <i>Ocupación:</i>	Employer: <i>Patron:</i>		
Education: <i>Educación</i>	<input type="checkbox"/> Retired / <i>Retirado</i>		<input type="checkbox"/> Disabled / <i>Inhabilitado</i>
Marital Status: <i>Estado Civil:</i>	<input type="checkbox"/> Married/ <i>Casado/a</i>	<input type="checkbox"/> Divorced / <i>Divorcado/a</i>	<input type="checkbox"/> Single / <i>Soltero</i>

### Other Considerations / Otras Consideraciones :

Do you smoke? <i>Usted fuma?</i>	Daily Usage <i>Uso Diario</i>	Do you drink Alcohol? <i>Usted toma Alcohol?</i>	Daily Usage <i>Uso Diario</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Drink caffeine? <i>Usted toma cafeina?</i>	Daily Usage <i>Uso Diario</i>	Do you use street Drugs? <i>Usted usa drugs?</i>	Type/Daily Usage <i>Tipo/Uso Diario</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Are you pregnant? <i>Esta embarazada?</i>		Supplemental Medications? <i>Medicine suplemental?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Have you had a hysterectomy? <i>Usted a tenido hysterectomia?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Are you going through Menopause? <i>Usted a pasado sobre menopausia?</i>		Have you gone through Menopause? <i>Usted a pasado sobre menopausia?</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Lifestyle / Estilo de vida:

Activity Level <i>Nivel de actividad</i>	Exercise Frequency:	Address: <i>Domicilio:</i>	Hobbies/Activities: Emer. Contact Phone: <i>número de teléfono de contacto de emergencia:</i>
<input type="checkbox"/> Sobre Promedio <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> Sedentario	<input type="checkbox"/> 2-3/semana <input type="checkbox"/> 3-4/semana <input type="checkbox"/> 5/semana		<input type="checkbox"/> Daily / <i>Diario</i> <input type="checkbox"/> Never/ <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/> Occasional/ <i>Ocasional</i>

City: *Ciudad:* State: *Estado:* Zip Code: *Zonapostal:*

Seguro comercial consiento por este medio al Pacific Orthopaedic Associates usando y/o divulgando mi información protegida del cuidado médico para mi cuidado, y las operaciones del cuidado médico de la práctica, y para tales otras aplicaciones que se permiten o se requieren bajo ley federal o del estado sin mi consentimiento o autorización. Específicamente, autorizo el lanzamiento de la información necesario para archivar una demanda con mi compañía de seguros y para asignar el pago de ventajas al médico indicado en la demanda. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio no cubierto por mi portador de seguro.

En el acontecimiento de mi falta de pagar cualquier suma debida y mi cuenta se refiere un abogado para la colección. Acuerdo ser responsable de los honorarios del abogado razonable. Una copia de mi firma abajo es tan válida como la original. Seguro de enfermedad I certifica más lejos que la información de t eh dada por mí en solicitar el pago debajo de fo del título XVIII el acto de la Seguridad Social está correcta. Autorizo a cualquier sostenedor de la información médica sobre mí a lanzar a la administración de Seguridad Social, o a sus portadores, cualquier información requerida para procesar mis propósitos del pago del fo de las demandas de Seguro de enfermedad.

Signature / *Firma:* \_\_\_\_\_ Date / *Dia:* \_\_\_\_\_

**X**  
 Yo por la presente autorizo el pago directamente al encima de médico denominado de los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si cualquiera, de otro modo pagadero a mí para sus servicios describí como en el reclamo conectado.

*Firme por favor (Persona asegurada)*

**X**  
 Yo me doy cuenta de que esto no puede representar el pago íntegro para servicios rendidos y yo seré responsable de saldo deudor. Los pacientes son responsables de todas cantidades de deducible y fuera de las cargas de la red que no son cubiertas por compañías de seguros.

*Firme por favor*

**X**  
 Yo por la presente autorizo encima de médico denominado para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o el tratamiento.

*Firme por favor*

Favor de notar: Para evitar los problemas con su facturar, firman por favor todo 3X's. Si paciente es un menor, el padre o garante responsable deben firmar.