



Plastic & Reconstructive Surgery Center, SC
3443 N. Kennicott Ave
888-464-7882 | www.drkotis.com

Informacion del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Numero de Telefono de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Numero de Trabajo: _____ Direccion de Correo Electronico: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (circule uno): Masculino/Femenino

Idioma Preferido (circule uno): Ingles Espanol Polaco Otro: _____

Origen Etnico/Raza (circule uno): Afroamericano Blanco Hispano Asiatico Otro: _____

Nombre del Trabajo: _____ Ocupacion _____

Direccion del Trabajo: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Si, el paciente es estudiante , El/Ella es(circule uno): Tiempo Completo Tiempo Parcial

Estado Civil (circule uno): Casado Soltero Divorciado Viudo Otro: _____

Nombre del Conyuge (si es aplicable): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Nombre del Trabajo del Conyuge: _____ Ocupacion: _____

Direccion del Trabajo: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____ Tel: _____

Complete a continuacion, si el paciente es menor de edad:

Apellido de la Mama: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Numero de Telefono de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Trabajo: _____ Ocupacion: _____

Direccion del Trabajo: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____ Tel: _____

Apellido del Padre: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Numero de Telefono de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Trabajo: _____ Ocupacion: _____

Direccion del Trabajo: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____ Tel: _____



Informacion del Doctor Familiar:

Nombre del Doctor: _____ Numero de Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Como fue referido a esta oficina? (Circule uno)

Doctor Familiar Sala de Emergencias Familiar Amigo Paginas Amarillas Otro: _____

Esta visita es por el objetivo de (circule una): **Compensacion del Trabajo** **Auto-Accidente** **Herida Personal**

Otro: _____

Informacion del Seguro:

Compania de Seguro Principal: _____ Tipo de Seguro (circule uno): PPO HMO POS Otro

Direccion del Seguro: _____ Ciuda/Estado/Zona Postal: _____

Numero de Identificacion: _____ No. de Grupo: _____ Fecha Efectiva: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion con el paciente: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Trabajo: _____

Compania de Seguro Secundaria: _____ Tipo de Seguro (circule uno): PPO HMO POS Otro

Direccion del Seguro: _____ Ciuda/Estado/Zona Postal: _____

Numero de Identificacion: _____ No de Grupo: _____ Fecha Efectiva: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relacion con el paciente: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Trabajo: _____

LA INFORMACION PROPORCIONADA ES VERDADERA Y EXACTA:

Firma del Paciente/Firma del Garante: _____ Fecha: _____



Estimado Paciente:

Usted, informo a esta oficina, que su lesion sostenida el _____, fue una lesion que ocurrio en el trabajo. De acuerdo al Acto de Compensacion para Trabajadores de Illinois, 820 ILCS 305/8.2(d), Usted tiene que proveer a esta oficina la siguiente informacion:

Nombre del Paciente: _____ Numero Telefonico: _____

Direccion del Paciente: _____

Nombre del Trabajo: _____

Direccion del Trabajo: _____

Numero Telefonico del Trabajo: _____ Persona de Contacto: _____

Si, usted ya adquirio un abogado para esta lesion, favor de proveer la siguiente informacion:

Nombre del Abogado: _____ Numero Telefonico: _____

Direccion del Abogado: _____

Usted tiene su caso registrado con la Comision de Compensacion para Trabajadores? Si No

Si marco si, Cual es el numero de caso? _____

Si usted nos proporciona la informacion de arriba, nosotros le enviaremos a su empleador directamente todos los cobros relacionados a su lesion. La Comision de Compensacion para Trabajadores de Illinois 820 ILCS 305/8.2(d) indica que si usted **no** proporciona esta informacion, usted sera responsable por los cobros.

Gracias por su cooperacion en este asunto.

Firma del Paciente

Fecha



AUTORIZACION PARA DIVULGAR EXPEDIENTE MEDICO

Yo, por este medio autorizo que parte o todo mi expediente sobre mi tratamiento sea divulgado a las siguientes entidades:

- La clinica ocupacional de donde fue referido(a), mi empleador, el representante de la compensacion de trabajo, quien llevara mi caso, asi como tambien el doctor y cualquier personal auxiliar que estara envuelto en mi cuidado medico.
- El doctor que me referio y cualquier personal auxiliar que estara envuelto en mi cuidado medico.
- Mi doctor privado.
- Mi aseguranza privada y a cualquier entidad asociada.
- Mi Empleador _____
Nombre de la Compania de Trabajo
- Otro _____
Ejemplo- Abogado

Nombre del paciente

Firma del paciente/Tutor Legal

Fecha

Fecha del accidente

Fecha de nacimiento

Testigo

Fecha



HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Rason de Visita / Herida: _____

Alergias a Medicamentos o Otro: _____

Medicamentos que este tomando e que fuerte: _____

Historia Medica Corriente: _____

Historia de Cirugia: _____

Medicamentos solo seran rellendados durante el horario normal de oficina, Lunes-Viernas entre las horas de 8:30am – 5:00pm

Historia Social: Tabaco: Si / No - Cuanto? _____ Alcohol: Si / No – Cuanto? _____

Drogas Recreacionales: Si / No Usted tiene SIDA o una enfermedad relacionada? Si / No _____

Ha recibido su Inmunización del Tétano? Si / No – Cuando? _____

HISTORIA MÉDICA / HISTORIA DE FAMILIA: Favor de indicar si usted o su familia tienen una historia medica de lo siguiente ...

Paciente / Familia			Paciente / Familia		
DOLORES DE CABEZA / MIGRAÑAS			ALTA PRESION		
MAREO / DESMAYO			INDIGESTIÓN / ÚLCERA		
PROBLEMAS DE PIEL			DOLOR ABDOMINAL		
LA AUDIENCIA / PROBLEMAS DE OÍDO			ARTRITIS		
PROBLEMAS DE SINUSITIS			ENFERMEDAD DE LA ARETERIA CORONARIA		
PROBLEMAS DENTALES			FRACTÚRA / DISCOYUNTURAS		
ALERGIAS / CATARRO PRIMAVERAL			FATIGA CRÓNICA		
ASMA / BRONQUITIS			CÁNCER (QUE CLASE)		
ANEMIA			DIABETES		
FALTA DE ALIENTO			PROBLEMA DE TIROIDES		
DOLOR DE PECHO			REACCIÓN ALÉRGICA		
ENFERMEDAD CARDÍACA			COMPLICACIONES DE ANESTESIA		
PROBLEMAS MENTALES			DESÓRDENES NEUROLÓGICOS		
EMBOLIO			DESORDEN SANGUINIO		

EXPLICACIONES: _____

 PACIENTE / FIRMA DE GARANTE

 FECHA