



Colorado Center
for Arthritis & Osteoporosis, LLC

Jeffrey D. Perkins, MD PhD

Joseph R. Lutt, MD

Nguyet-Anh (Theresa) Tran, MD

Shiraz Moinuddin, MD

Jill E. Gibson, MD

Prateek Chaudhary, DO

Melissa A. Wells, MD

Nicole S. Swavely, MD

Jonathan R. Kruger, MD

Carson Maynard, DO

Hayley B. Walter, MD

Robert Schreiner, DO

BOARD CERTIFIED IN RHEUMATOLOGY

Bienvenido a Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis, LLC. Nuestro compromiso con usted y con su medico de referencia es proporcionar la mas alta calidad, mas eficiente, y atento servicio posible. Por favor lea, y siga la lista de comprobacion de abajo.

Esperamos contar con su visita!

Primera visita, lista de comprobacion:

- ___ 1. Traiga su Cuestionario de Salud completado*.
- ___ 2. Traiga su tarjeta(s) de seguro.
- ___ 3. Traiga su identificacion con foto.
- ___ 4. Traiga sus registros medicos (si le corresponde)
- ___ 5. Este preparado para pagar su co-seguro y copago**.
- ___ **6. Llegar de 10-15 minutos antes de su cita programada***.**

*Por favor recuerde: usted debe tener su Cuestionario de Salud COMPLETADO, con el fin de ser visto.

**Porfavor complete el paquete usando tinta azul o negra SOLAMENTE.

*****Debido a los cambios relacionados con la ley de Asistencia Asequible, necesitamos colectar copagos y co-seguros el mismo dia de su cita, de lo contrario tendremos que reprogramar su cita.**

***Debido a la longitud y complejidad de su nueva consulta, los pacientes que lleguen tarde pueden necesitar ser reprogramados.

LONGMONT

1715 Iron Horse Drive
Suite 100
Longmont, CO 80501

BOULDER

1840 Folsom
Suite 105
Boulder, CO 80302

BROOMFIELD

2095 West 6th Avenue
Suite 106
Broomfield, CO 80020

WHEAT RIDGE

3455 Lutheran Parkway
Bldg. 8, Suite 100
Wheat Ridge, CO 80033

NORTHGLENN

11990 Grant St
Suite 108
Northglenn, CO 80233

PHONE 720.494.4700

TOLL FREE 1.877.508.5510

FAX 720.494.4706

WEBSITE www.ccao.net

Colorado Center for Arthritis & Osteoporosis

Informacion del Nuevo Paciente

Fecha de primer cita: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Apellido Primer M.I.

Direccion: _____ Correo Electronico: _____
STREET Apt. #

CITY STATE ZIP Optar-en el portal del paciente

Telefono(s): Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Primer Lenguaje (circular uno): Ingles Espanol Otro: _____

Raza/Etnicidad (circular uno): Caucasico Hispano Asiatico Afro Americano Americano Nativo Chino Filipino Japonés
Hawaiano Nativo Islas del Pacifico Multi-Racial Negarse a contestar Otro: _____

Referido por (circular uno): Usted mismo/a Familia Amigo Doctor Otro Profesional Medico

Nombre de persona que lo refirio: _____

Nombre de doctor primario (general o doctor familiar): _____

Tiene cirujano orthopedico? _____ (si lo hay) nombre: _____

Una carta de referencia sera enviada ha su proveedor de atencion primaria y el medico que lo refirio (si lo hay) Por favor escriba cualquier otro proveedor que le gustaría que reciba una carta ha continuación:

Nombre: _____ Nombre: _____

Direccion: _____ Direccion: _____

Sintomas Actuales

Describe los sintomas que lo trajo ha esta consulta: _____

Fecha aproximada en que comenzaron los síntomas: _____ Los síntomas cada vez mejor, peor, o se mantiene igual (circular uno)?

Que diagnosticos a recibido? _____

Que tratamientos (distintos de los medicamentos, que se le daran mas adelante) a recibido? _____

Por favor escriba otros profesionales que usted ha visto para este problema:

Revisión de Sistemas (comprobar si tiene estos síntomas)

General:

- _____ Ganancia de peso reciente
- _____ Pérdida de peso reciente
- _____ Fatiga
- _____ Fiebre
- _____ Sudores nocturnos

Ojos:

- _____ Dolor (I D)
- _____ Rojez (I D)
- _____ Pérdida de visión (I D)
- _____ Visión doble
- _____ Visión borrosa
- _____ Sequedad
- _____ Picazón

Orejas, Nariz and Garganta:

- _____ Pérdida de la audición (I D)
- _____ Hemorragias nasales
- _____ Llagas en la boca
- _____ Boca seca
- _____ Dificultad para deglutir

Pulmones:

- _____ Dificultad para respirar
- _____ Tos
- _____ Tos con sangre
- _____ Las sibilancias
- _____ Ronquidos fuertes

Corazón:

- _____ Dolores de pecho
- _____ Latido del corazón irregular
- _____ Retención de líquidos en las piernas o los pies
- _____ Soplos del corazón
- _____ Los dedos o dedos de los pies se vuelven azules/blanco en el frío

Alergica/Inmunológica:

- _____ Fiebre alta
- _____ Infección reciente
- _____ Infección frecuente

Estómago y los intestinos:

- _____ Náusea
- _____ Vómitos
- _____ Vómito de sangre o material
- _____ Acidez
- _____ Dolor de estómago
- _____ Diarrea
- _____ Estreñimiento
- _____ Sangre en las heces

Urinario y reproductivo:

- _____ Dolor o ardor al orinar
- _____ Micción frecuente
- _____ Micción durante la noche (# De veces)
- _____ Sangre en la orina
- _____ Erupciones genitales
- _____ Úlceras genitales

Solo Hombres::

- _____ Secreción del pene
- _____ Dificultad con las erecciones

Solo Mujeres:

- _____ Sequedad vaginal
- _____ Número de embarazos
- _____ Número de abortos involuntarios
- _____ Edad en la cual los periodos pararon (menopausia)
- _____ Fue la menopausia natural o quirúrgica
- _____ Se ha quitado los ovarios ?

Sangre/La linfa:

- _____ Anemia
- _____ Globulos blancos bajos
- _____ Bajo nivel de plaquetas
- _____ Tendencia al sangrado
- _____ Coágulos de sangre

Endocrine:

- _____ Intolerante al frío
- _____ Intolerante al caliente

Sistema Nervioso:

- _____ Dolores de cabeza
- _____ Mareo
- _____ Desmayo / Pérdida del conocimiento
- _____ Convulsiones
- _____ El entumecimiento u hormigueo en las manos
- _____ El entumecimiento u hormigueo en los pies
- _____ Pérdida de memoria
- _____ Dificultad para concentrarse
- _____ Dificultad con el equilibrio
- _____ Dificultad para conciliar el sueño
- _____ Dificultad para permanecer dormido

Psiquiátrico:

- _____ Depresión
- _____ Ansiedad

Piel:

- _____ Erupción
- _____ Urticaria
- _____ Sensibilidad al sol
- _____ Llagas o úlceras
- _____ Pérdida de cabello

Musculo/Huesos/Articulaciones:

- _____ Debilidad muscular
- _____ Dolor muscular
- _____ Dolor De Cuello
- _____ Dolor De Espalda
- _____ Rigidez matutina, cuanto tiempo? Minutos / Horas
- _____ Dolor en las articulaciones
- _____ Inflamación de las articulaciones
- _____ Enrojecimiento de la articulación
- _____ Articulaciones afectadas en los últimos 6 meses:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Primer M.I.

Historial Medico Personal (comprobar si alguna vez ha tenido estas condiciones)

Condiciones artríticas:

_____ Osteoartritis _____ Artritis reumatoide _____ Espondilitis anquilosante _____ Osteoporosis
_____ Lupus _____ Artritis _____ Artritis en la ninez _____ Osteopenia
_____ Gota _____ Fibromialgia

Otras condiciones:

_____ Epilepsia / convulsiones _____ Problemas de corazon _____ Enfermedad del rinon _____ Tuberculosis
_____ Migranias _____ Hipertension _____ Asma _____ Diabetes
_____ Enfisema _____ Colesterol Alto _____ Cataratas _____ Fiebre reumatica
_____ Depresion _____ Carrera _____ Glucoma _____ Tiroides hipoactiva
_____ Desorden bipolar _____ Psoriasis _____ Ulceras estomacales _____ Hiperactividad de la tiroides
_____ Cancer _____ Enfermedad celiaca _____ Hiperparatiroidismo _____ Infeccion Hepatitis C
_____ Infeccion VIH _____ Infeccion Hepatitis B

Tipo: _____

Otras enfermedades importantes

Historial quirurgico

Tipo de Operacion	Ano	Rason
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lesiones graves / accidentes ? **S** **N** Describir: _____

Mantenimiento de la Salud

Fecha de ultima fisica: _____ Fecha de ultima densitometria (DXA): _____

Fecha de ultimo examen de ojos: _____ Fecha de ultima prueba de piel TB _____ Resultado: **+** **-**

Salud de los huesos

Alguna vez has roto un hueso? **S** **N** Si es asi, cuando, como y que hueso: _____

Que estatura mas alta usted ha estado? _____ Ha perdido peso? **S** **N** Si es asi, cuanto? _____

Alguna vez has tomado prednisona o esteroide similar por mas de unas pocas semanas a la vez? **S** **N** Si es asi, cuanto, como, que cantidad, y cual fue la rason? _____

Alguien en su familia tiene osteoporosis? **S** **N** Si es asi, quien? _____

Alguien en su familia a roto la cadera? **S** **N** Si es asi, quien? _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Primer M.I.

Medicamentos

Presente medicamentos (incluye vitaminas, suplementos, y medicamentos sin receta)

Nombre de medicamento	Fuerza	Cuanto por día	Fecha de inicio	Que tanto le ayudo?		
				Mucho	Algo	Nada

Ingesta de calcio (por favor hacer su mejor conjetura en cantidades promedio)

Cuantos vasos de leche por día: _____ Cantidad de yogurt por día: _____

Numero de porciones de queso por día(1 porcion = 1 rebanada = 1 oz.): _____

Suplementos de calcio: Tipo: _____ Miligramos por tableta: _____ Cuantos por día: _____

Alergias a Medicamentos

Nombre de medicamento	Tipo de reaccion	Fecha

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Primer M.I.

Habitos

Alguna vez ha fumado? _____ Si es asi, en que ano empezo? _____ Cuantos paquetes por dia? _____

Si ha dejado de fumar, cuando dejo de fumar? _____

Bebe bebidas alcoholicas? _____ Si es asi, cuanto por dia? _____ Por semana? _____

Usted consume marihuana? **S / N** Si su respuesta es si, como la consume? **Ingiere / Crema Topica / Fuma**
Su consumo es **Medicinal** o **Recreativo** (circular uno)

Utiliza alguna "droga de la calle" o medicamentos recetados por razones no medicas? _____

Si es asi, que drogas? _____ Alguna vez a usado drogas intravenosas? _____

Hace ejercicio regularmente? _____ Si es asi, que es su rutina de ejercicios: _____

Historial Social

Donde nacio: _____ Donde crecio: _____

Estado civil actual (circular uno): **Nunca casado Casado Viudo Divorciado Separado Asociacion domestica**

Pareja/alguien importante: _____ Enfermedad principal de pareja: _____

Quien mas vive en su hogar: _____

Nivel educacional: **No termino H.S. H.S. Graduado Alguna educacion superior**
Licenciatura Grado Maestro Doctorado (que tipo) _____

Ocupacion: _____ Actualmente Empleado? _____ Cuantas horas por semana: _____

Su estado de salud interfiere con su capacidad para hacer su trabajo? _____

Recibe ingresos por incapacidad? _____ Esta usted solicitando la discapacidad? _____

Historial Familiar

	Si vive		Si ha fallecido	
	Edad	Salud actual	Edad que fallecio	Causa
Padre				
Madre				

Numero de hermanos _____ Cuantos viven _____ Numero de hermanas _____ Cuantas viven _____

Enfermedades graves en los hermanos: _____

Numero de hijos _____ Cuantos viven _____ Edades: _____

Enfermedades graves en los hijos _____

Tiene usted algun pariente de sangre que ha tenido(cual es la relacion): _____ Cancer (que tipo) _____

Artritis Reumatoide _____ Fibromialgia _____ Stroke _____

Espondilitis anquilosante _____ Lupus _____ Asma _____

Osteoartritis _____ Osteoporosis _____ Tendencia al sangrado _____

Gota _____ Problemas de corazon _____ Alcolismo _____

Artritis en la ninez _____ Hipertension _____ Psoriasis _____

Artritis (tipo desconocido) _____ Depresion _____ Diabetes _____



Colorado Center
for Arthritis & Osteoporosis, LLC

Reconocimiento de Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento

Yo reconozco que he recibido de Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis, Aviso de Practicas de Privacidad de LLC.

Firma del Paciente o Representate del Paciente

Fecha

Firma del Padre o Guardian Legal
(Si el paciente es menor de 18 anos)

Fecha



Colorado Center
for Arthritis & Osteoporosis, LLC

Política Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor para sus necesidades de reumatología. Nuestro compromiso con usted y con su médico de referencia es proporcionar la más alta calidad, y el servicio más eficiente y atento posible.

La siguiente política se proporciona para aclarar la responsabilidad financiera para usted y su aseguradora por los servicios que recibe de nuestra práctica, y para asegurarnos de cumplir con las leyes aplicables. Lea por completo, haga las preguntas que pueda tener y regístrese en el espacio provisto. Se proporcionará una copia a pedido.

Su compañía de seguros define su elegibilidad y beneficios. CCAO facturará su compañía de seguros primaria y secundaria (si corresponde) por los servicios brindados. Si tiene copago, coseguro y / o deducible, debe pagar esos montos, ya que son su responsabilidad.

Pagos adeudados al momento del servicio (al momento de su visita):

Consulta: determinaremos un costo estimado (aplicado a copago / coseguro / deducible) de acuerdo con su plan de seguro. En caso de que pago insuficiente o excesivo, recibirá un extracto con el saldo restante o un cheque de reembolso.

Copago: adeudado en cada visita

Pago por cuenta propia: calcularemos el monto adeudado por su visita

Saldos actuales: si tiene saldo pendiente de pago, deberá pagarlo durante su visita

Seguro no contratado (fuera de la red): si CCAO no tiene contrato con su compañía de seguros de salud, usted será responsable de todos los cargos no cubiertos por su plan de seguro de salud.

Una vez que CCAO haya recibido el reclamo / pago procesado de su seguro, se le enviará por correo una declaración con los cargos restantes por los servicios cubiertos y no cubiertos. El pago se espera en su totalidad dentro de los 30 días de la recepción del estado de cuenta. A menos que CCAO apruebe otros arreglos, los pagos no recibidos dentro de los 30 días recibirán una tarifa de reposición de \$20.00 por cada 30 días no pagados y están sujetos a cobros.

Su firma a continuación confirma que ha leído la política anterior y acepta la responsabilidad financiera por los servicios prestados por Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis. Este documento no puede ser alterado.

SELECCIONAR UNO:

_____ CCAO puede facturar a mi seguro directamente y mi seguro puede pagar directamente a CCAO por servicios médicos.

_____ Declino asignar mis beneficios de seguro a CCAO. Soy consciente de que seré responsable del pago en el momento del servicio y de la recolección de los beneficios de mi seguro.

Nombre de Paciente (imprimir): _____ Fecha: _____

Firma de la parte responsable: _____
(Padre o tutor legal si es menor de 18 años)



COLORADO CENTER FOR ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS, LLC

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA Y FACTURACION DE CONTACTOS PERSONALES

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Bajo la ley federal, la informacion protegida de salud del paciente no puede ser compartida con otras personas, incluso miembros de la familia, sin el permiso explícito del paciente. Esto significa que si un miembro de la familia u otra persona nos llama para hablar de cualquier aspecto de su atencion medica, tales como los resultados de pruebas o un mensaje de su medico, no podemos hablar de esto con ellos sin su permiso explícito. Si desea que nos conceda el permiso para hablar sobre su informacion medica o de facturacion con un miembro de la familia u otra persona de confianza, por favor completar y firmar este formulario. Además, si usted se siente comodo que dejemos esta informacion en su correo de voz, por favor indicar a continuacion. Si desea revocar este permiso en cualquier momento, debe hacerlo por escrito.

PERMISO DE HABLAR DE SU INFORMACION MEDICA Y FINANCIERA CON OTROS

Yo doy permiso a CCAO para hablar de mi informacion medica y/o financiera con los siguientes contactos personales:

Nombre	Telefono	Su Relacion	Medica	Financiera
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-O-
 NO doy permiso a CCAO para hablar de mi informacion medica y/o financiera con contactos personales.

PERMISO DE DEJAR INFORMACION MEDICA EN SU CORREO DE VOZ

Doy mi permiso para que CCAO deje informacion medica privilegiada al siguiente numero de correo de voz:

Numero de correo de voz: _____

-O-
 NO doy permiso para que CCAO deje informacion medica privilegiada en mi correo de voz.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Padre o Guardian Legal
(Si el paciente es menor de 18 anos)

Fecha

Discrimination is Against the Law

Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, or sexual orientation. Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, or sexual orientation.

Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact **Jess Houwen**

If you believe that Colorado Center for Arthritis and Osteoporosis has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, or sexual orientation, you can file a grievance with: Jess Houwen, Civil Rights Coordinator, 1715 Iron Horse Dr, Ste 100; Longmont, CO 80501, Phone: 720-494-4700, Fax: 720-494-4706, office@ccao.net. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Jess Houwen, Civil Rights Coordinator, is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Appendix B to Part 92—Taglines Informing Individuals With Limited English Proficiency of Language Assistance Services

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 303-485-5200.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 303-485-5200.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 303-485-5200。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 303-485-5200 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 303-485-5200.

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 303-485-5200.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 303-485-5200

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 303-485-5200.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 303-485-5200.

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ। फोन गर्नुहोस् 303-485-5200।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 303-485-5200.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。303-485-5200まで、お電話にてご連絡ください。

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 303-485-5200.

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 303-485-5200 تماس بگیرید.

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ [ˈBàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dọ̀ po-poò béìn m̀ gbo kpáa. Dá 303-485-5200

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 303-485-5200.

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 303-485-5200