



JAMES VOGLINO, M.D.
Orthopaedic Surgeon
Sports Medicine & Rehabilitation

www.DrVShoulderHipKnee.com • 305-596-3707
6705 Red Road Suite 606 Coral Gables, FL 33143

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: () _____ Celular: () _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Número de seguro social: _____

Empleador: _____ Número de teléfono del trabajo: () _____

Situación laboral: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Jubilada

Etnicidad: _____ Raza: _____ Idioma principal: _____

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Número de hijos: _____

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Médico que le refiere: _____ Número de teléfono: _____

Seguro: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Complete esta sección solo si alguien que no sea el paciente es financieramente responsable.

Parte responsable: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Seguro: _____ Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

En caso de emergencia, comuníquese con: _____ Relación: _____

Número de teléfono de la casa: () _____ Teléfono celular: () _____

¿Cómo se enteró de nuestra consultorio? _____

Por la presente doy mi consentimiento para cualquier atención médica que mi médico considere aconsejable o necesaria y otorgo autoridad a James Voglino, MD, para administrar y realizar todos los exámenes, tratamientos y procedimientos de diagnóstico necesarios ahora o en el futuro. Garantizo el pago de todos los servicios prestados. Todos los beneficios médicos, incluidos los principales beneficios médicos, el seguro privado y cualquier otro plan de salud, se asignan a James Voglino, MD, PA. La firma a continuación confirma que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y precisa. La fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Firma: _____ Fecha: _____

James Voglino, M.D.

Orthopaedic Surgery and Sports Medicine

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Tipo de Trabajo: _____ Razon de la visita: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿A tenido usted cirugía? ☐ Sí ☐ No ☐

Cirugía _____

Fecha: _____

Cirugía _____

Fecha: _____

¿Padece usted de alergias? ☐ Sí ☐ No ☐

alergias: _____

Reacción: _____

alergias: _____

Reacción: _____

¿Actualment toma algun medicamento? ☐ Sí ☐ No ☐

Describe que tipo de medicamentos: _____

Historia Medica

¿Padece Usted de alguna de las siguientes enfermedades? Responda las siguientes preguntas:

Asthma	☐ Sí ☐ No	Lupus	☐ Sí ☐ No	Nefropatía	☐ Sí ☐ No
Arritmia	☐ Sí ☐ No	Gota	☐ Sí ☐ No	Ansiedad	☐ Sí ☐ No
Alzheimer's	☐ Sí ☐ No	Pancreatitis	☐ Sí ☐ No	Úlceras	☐ Sí ☐ No
Cancer	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No	Enfermedad Cardiaca	☐ Sí ☐ No
Parkinson's	☐ Sí ☐ No	Infección Miocardia	☐ Sí ☐ No	Hepatitis	☐ Sí ☐ No
Problemas Hepaticos	☐ Sí ☐ No	Condicion Renal	☐ Sí ☐ No	Enfermedad Pulmonar	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Gastrointestinal	☐ Sí ☐ No	Hipertensión	☐ Sí ☐ No
EPOC	☐ Sí ☐ No	Artritis Reumatoide	☐ Sí ☐ No		

Otros: _____

Vacunas (incluyendo COVID): **Nombre/Fecha Administrado**

Vacuna _____

Fecha: _____

Vacuna _____

Fecha: _____

¿Toma Usted alcohol? ☐ Sí ☐ No ☐ Frecuencia de consumo: 1-2 veces al día ☐ 3 o mas veces ☐

Social ☐

¿Toma Usted cafeína? ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Haces ejercicio? ☐ Sí ☐ No ☐

¿Abuso de Sustancias? ☐ Sí ☐ No ☐

Frecuencia de Fumar? ☐ No historia ☐ Fumo ahora ☐ Solía Fumar ☐

☐ Deje de fumar ☐ Humo de segunda mano ☐

¿Existe en su familia historia de enfermedades ortopédicas? ☐ Sí ☐ No ☐

Nombre las enfermedades: _____

¿Hay historia de Osteoartritis? ☐ Sí ☐ No ☐

¿Hay historia de Osteoporosis? ☐ Sí ☐ No ☐

¿Hay historia de sangramientos? ☐ Sí ☐ No ☐

Si su respuesta fue "SI" a alguna de las preguntas anteriores, describa el tipo de enfermedad: _____

Historia Social – resumen de activides presente y pasado: _____

James Voglino, M.D.
Cirujano Ortopédico y Especialista en Medicina Deportiva

Por favor llenar:

Nombre: _____ Fecha: _____

ALTURA: _____ **PESO:** _____

Si la respuesta es SI a alguna de las siguientes preguntas enlistadas abajo, por favor encierre la razón por la cual response SI.

Revisión de sistemas	Descripción	SI	NO
Constitucional	Pérdida de peso inesperada, aumento de peso, fiebre, escalofríos, fatiga		
Ojos	Lentes correctivos, visión borrosa/doble, dolor ocular, enrojecimiento, ojos llorosos		
Otorrinolaringología	Dolores de cabeza, dificultad para tragar, sangrado nasal, zumbido de oídos, dolor de oídos		
Cardiovascular	Dolor torácico, palpitaciones, soplos		
Respiratorio	Dificultad para respirar, sibilancias, tos, ligereza, dolor en el pecho, ronquidos		
Gastrointestinal	Acidez estomacal, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, heces con sangre/alquitranadas		
Genitourinario	Micción frecuente, urgente, difícil/dolorosa, dolor de espalda, sangrado		
Piel	Cambios en la piel, cicatrización deficiente, sarpullido, picazón, enrojecimiento		
Neurológico	Entumecimiento, hormigueo, marcha inestable, mareos, temblores, convulsiones		
Psiquiátrico	Nerviosismo, ansiedad, depresión, alucinaciones		
Hematológico	Sangrado con facilidad, hematomas		
Endocrino	Sed excesiva, micción; frío/calor intolerable		
Alérgico	Reacción a los alimentos o al medio ambiente.		

Principal Dolencia: _____

Si ocurrió en un accidente – por favor explique y escriba los detalles: _____

Fecha del accidente: _____

¿ Tiene un médico primario/de cabecera? SI _____ NO _____

Si es así, ¿cuál es el nombre de su médico? _____

Número de teléfono: _____

Nombre del Doctor que le refirió a nuestra oficina _____

Comentario adicional: _____

Anteriormente revisado por el Dr. Voglino con el paciente: _____ Dr. Voglino: _____

Dr. V – Hombro, Cadera, Rodilla

James Voglino, M.D.
Cirujano Ortopédico y Especialista en Medicina Deportiva

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Accidente: _____ Principal Dolencia: _____

1. **Ubicación del dolor:** Hombro ☐ Cadera ☐ Rodilla ☐
Tobillo ☐ Espalda ☐ Articulación ☐
Otro _____

2. **Describe el dolor:** Ardor ☐ Calambre ☐ Eléctrico ☐
Punzante ☐ Bloqueo ☐ Entumecimiento ☐ Agudo ☐
Disparo ☐ Apuñalamiento ☐ Frio ☐ No puedo describir ☐

3. **Intensidad del dolor:** Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐

4. **En la escala VSA, el paciente afirma que el dolor es:**
1/10 ☐ 2/10 ☐ 3/10 ☐ 4/10 ☐ 5/10 ☐ 6/10 ☐
7/10 ☐ 8/10 ☐ 9/10 ☐ 10/10 ☐

5. **Dolor que se irradia a:**
Izquierda ☐ Derecha ☐ Bilateral ☐ Glúteos ☐
Extremidades inferiores ☐ Otro: _____

6. **El dolor se agrava por:**
Movimientos repentinos ☐ Flexión ☐ Extensión ☐ Rotación ☐
Caminar ☐ Sentado ☐ De pie ☐ Acostado ☐
Levantarse ☐ Doblar ☐ Actividades diarias ☐
Otro: _____

7. **El dolor se alivia con:**
Aplicando Hielo ☐ Aplicando Calor ☐ Fisioterapia ☐
Medicamentos ☐ Otro: _____

8. **Tratamiento Previo:**
a. **Inyecciones:** Esteroides ☐ Cortisona ☐ Viscosa ☐
Otro: _____

b. **Tratamiento quiropráctico:** SI ☐ NO ☐
Nombre de quiropráctico: _____
Fechas de tratamiento recibido: _____

c. **Fisioterapia:** SI ☐ NO ☐
Fechas de fisioterapia recibido: _____

Dr. V – Hombro, Cadera, Rodilla

HIPAA – PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

*HIPAA – CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have been provided with **JAMES VOGLINO, M.D., P.A.**, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protected Health Information as required and / or permitted by law.

Confirmo que se me ha proveído con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **JAMES VOGLINO, M.D., P.A., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: *(please print)*

**Nombre Del Paciente: (nombre en letra de molde por favor)*

Patient Signature *(or legal representative; proof may be requested)*

**Firma Del Paciente: (o representante legal; prueba puede ser requerida)*

Date:

**Fecha:*

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM *CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **JAMES VOGLINO, M.D., P.A., (JV)** offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. **JV** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **JV** cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between **JV** and I, and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

***Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **JAMES VOGLINO, M.D., P.A., (JV)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **JV** usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **JV** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **JV** y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is:

**Mi Correo Electrónico Consentido Es:*

My Consented Mobile Number For Text Messaging is:

**Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es:*

Patient Signature:

**Firma del Paciente*

Date:

**Fecha*

IN CASE OF EMERGENCY: Please call 911 or proceed to the nearest emergency room. **Do not use this way of communication for that purpose.**
***EN CASO DE EMERGENCIA:** Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano. **No use esta forma de comunicación para este propósito.**

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:	
No. De Seguro Social:	No. De Teléfono:	
Dirección:		
PROPORCIONAR A		
Yo autorizo a JAMES VOGLINO, M.D., P.A. ; a proporcionar la información de salud como se indica a continuación: a ser liberada Y para propósito de formas alternas de comunicación confidencial el uso de la siguiente dirección de correo electrónico:		
Nombre De Persona/Organización:		
Dirección:		
No. De Teléfono:	Correo Electrónico:	
Fechas De Record Médico Proporsionadas:		
JAMES VOGLINO, M.D., P.A., (JV) Ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numeroso riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estor propósitos. JV usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, JV no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros. Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.		
PROPOSITO DE ENTREGA		
☐ Continuidad De La Atención	☐ Legal	☐ Otros Propósitos <i>(especifique aquí)</i>
☐ Seguro	☐ Uso Personal	
INFORMACIÓN A SER RELEVADA		
☐ Record Medico Completo	☐ Reportes De Operativo	
☐ Reportes De Radiología	☐ <i>Reportes De Patología</i>	
☐ Informes de Laboratorio	☐	
☐	☐	
☐ Otro <i>(especifique aquí)</i>		
AUTORIZACIONES ESPECIFICAS		
La siguiente información no puede ser relevada sin la especifica autorización dada marcando las casilla(s) siguientes:		
☐ Abuso o Tratamiento De Droga/Alcohol	☐ Información De Pruebas Genéticas	
☐ Resultados o Diagnósticos De VIH/SIDA, Enfermedades De Transmisión Sexual	☐ Tratamientos De Salud Mental o Notas De Psicoterapia <i>(Relevar Notas De Psicoterapia requiere una autorización por separado)</i>	
Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un ano de la firma del presente formulario. Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)		
Firma De Paciente: <i>(Guardián/Representante Legal)</i>		Fecha:
Nombre: <i>(Letra De Molde)</i>	Relación Si No Es El Paciente:	
**Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente tiene que ser acompañada con este formulario.		

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION FROM OTHER HEALTHCARE FACILITIES

PATIENT INFORMATION

Patient Name:	Date of Birth:
Social Security No:	Telephone No:
Address:	

REQUEST TO

Name of Healthcare Facility from which Records are Requested:	
Telephone No.:	Fax No.:
Address:	
Dates of Treatment Requested:	Reason For Disclosure:

I hereby authorize **JAMES VOGLINO, M.D., P.A.**; to **obtain** the health information indicated below **AND** for the purpose of alternative means of confidential communication the use of their email address. **JV** offers patients the opportunity to communicate by email. Transmitting patient information by email has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email for these purposes. **JV** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email information sent and received. However, **JV** cannot guarantee the security and confidentiality of email communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information. I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication via email and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

Mail Information To: JAMES VOGLINO, M.D., P.A.	Address: 6705 RED RD, #606 CORAL GABLES, FL 33143
Or Fax To: 305.665.2724	Email: Sportsmedicine@drshoulderhipknee.com

INFORMATION TO BE RELEASED

☐ Complete Medical Record	☐ Operative Reports
☐ Radiology Reports	☐ Pathology Reports
☐ Lab Reports	☐
☐	☐
☐ Other (please specify)	

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

☐ Drug/Alcohol Abuse or Treatment	☐ Genetic Testing Information
☐ HIV/AIDS, Sexually Transmitted Disease (STD) Test Results or Diagnoses	☐ Mental Health Treatment or Psychotherapy Notes (The release of Psychotherapy Notes require a separate authorization)

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below. Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your healthcare information by the recipient may no longer be protected by law.

Patient Signature: (Guardian/Legal Representative)	Date Signed:
Print Name: (Please Print)	Relationship If Other Than Patient:

****If other than the patient's signature, a copy of legal paperwork verifying the patient's personal representative *MUST* accompany the request (i.e. court appointed guardian, durable power of attorney for health care). For a deceased patient: A death certificate coupled with executor or administrator of estate paperwork must accompany authorization. Exception: parent signing for patient under the age of 18. **For a deceased patient, a court entry or order appointing a fiduciary, executor, or administrator or letters of appointment received from Probate Court must accompany an authorization signed by the named individual. If the estate has not been probated, a death certificate is required coupled with the documents naming the administrator or executor of the estate.**

James Voglino, M.D.
Orthopaedic Surgery and Sports Medicine
6705 Red Road, Suite 606
Coral Gables, Florida 33143
Phone: 305-596-3707 Fax: 305-665-2724

Financial Policy

This is an agreement between James Voglino, M.D., P.A., as creditor, and the Patient/Debtor named on this form.

By executing this agreement, you are agreeing to pay for all services that are received. Payment is expected at the time services are rendered. We accept cash, personal check, money orders, cashier's check, Visa, Master Card and American Express. We collect copay, coinsurance and any deductible at the time services are rendered.

Insurance:

Insurance is a contract between you and your insurance company. We will file insurance claims only for plans with whom we have a contract with. We participate in some managed care plans. In order to file your claims, we require a legible copy of the front and back of the insurance card, photo ID, social security number and verification of benefits by your insurance company prior to visits. It is the responsibility of the insured/patient to supply current and accurate information for claims submissions. All copay, coinsurance and deductibles are due at the time services are rendered. (practice contracted insurances copays/deductibles are expected to be met promptly and not deferred on LOP-accident cases when such insurance is utilized.)

If you are covered by a plan that we are not participating providers for, payment is expected when services are rendered. We will provide you with an itemized receipt for you to file your insurance. Your insurance company will be responsible for reimbursing you for any coverage you may have.

Collection Fee: A fee totaling 32% (account less than 1 yr old) and 50% (account over one year old) of the balance due will be added to your account if we have to send your account to a collection agency. In addition, an interest at the rate of 1.5% per month (or 18% per year) on any unpaid balance. Plus any and all fees and cost Dr. Voglino incurs to collect any unpaid balance or charges, including his attorney's fees and cost. You give us permission to check your credit and employment history and to answer questions about your credit experience with us. We have the option to report your account to any credit reporting agency such as a credit bureau.

Waiver of confidentiality: You understand if this account is submitted to an attorney or collection agency, if we have to litigate in court, or if your past due status is reported to a credit reporting agency, the fact that you received treatment at our office may become a matter of public record.

Returned checks: There is a fee currently of \$25.00 for any checks returned by the bank. Payment made on a returned check must be made in cash or by a money order.

Medical Record requests: You will need to request in writing and pay a reasonable copying fee (\$1.00 per page for the first 25 pages and 25 cents for every page thereafter). If you want to have copies of your records sent to another doctor or organization. You authorize us to include all relevant information, including your payment history. If you are requesting your records to be transferred from another doctor or organization to us, you authorize us to receive all relevant information, including your payment history. (with our Electronic health record you may request free patient portal access to your records via internet.) Additional charges apply to image (xray) requests, CD's etc.

Ancillary Services: In addition to the visit and procedure fees, the practice routinely provides patients with orthopaedic -related services/goods to optimize convenience, compliance and care - including: DME (braces)/XRAYs/ Ultrasound/ Medications with additional charges (that may be lower cost elsewhere) but are often but now always covered by insurance.

James Voglino, M.D.
Orthopaedic Surgery and Sports Medicine
6705 Red Road, Suite 606
Coral Gables, Florida 33143
Phone: 305-596-3707 Fax: 305-665-2724

Record Review/ No Show visit Charges:

The practice routinely charges for the doctor's reserved time and chart review time for missed or short notice (48 hrs.) cancelled visits (up to \$200) as well as for 'extra' outside records that take extra time to review and correlate/store etc. (up to \$500/hr.) to optimize evaluation/care.. Current practice policies apply here.

LOP/accident cases: The practice may elect to defer collections on LOP/attorney personal injury cases after insurances pursued for care balances that remain and we will attempt to resolve balances with the attorney.

Effective date: Once you have signed this agreement, you agree to all of the terms and conditions contained herein and the agreement will be in full force and effect.

My signature below certifies that I have read (or the form has been read to me) and I understand the contents on this form.

Name: _____

Signature: _____ Date: _____

Responsible party (if not the patient): _____ Relationship to patient: _____

Updated:3/23/21