

**(Imprima legiblemente y complete TODOS los campos)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER MEDIO

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_  
CALLE Y # DE APT. CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

**# DE SEG. SOC.** \*\*\*-\*\*-\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**ESTATUS:** \_\_\_\_\_  
**Estatus:**  SOLTERO/A  CASADO/A  OTRO

**Por favor  
marque su  
método (s) de  
contacto  
preferido (s):**

**NUMERO DE CASA:** \_\_\_\_\_  
 **NUMERO DE TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
 **NUMERO DE CELULAR:** \_\_\_\_\_  
 **EMAIL:** \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_

**EMPRESA PRIMARIA DE SEGUROS:** \_\_\_\_\_ **SEGURO ID #** \_\_\_\_\_

**# DE GRUPO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: (SI NO ES DE PACIENTE)** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **ÚLTIMOS 4 DE SOC SEC #:** \_\_\_\_\_

SI TIENE SEGURO SECUNDARIO, POR FAVOR NOMBRE LA COMPAÑÍA: (ID #/GRUPO) \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE ERMEGENCIA - NOMBRE** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE CASA/CELL:** \_\_\_\_\_

**REFERIDO POR:** \_\_\_\_\_

**MEDICO PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_

**PERSONA(S) RESPONSABLES (Por favor solamente llene si el paciente es de menor edad.)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **RELACION AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
LAST FIRST MIDDLE

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE CASA:** \_\_\_\_\_  
CALLE Y # DE APT CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **# SEG. SOC.** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **EMPLEADO POR:** \_\_\_\_\_

Yo autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ que cobre a mi compañía de seguros y autorizo que todos mis beneficios de seguro sean pagados directamente al Dr. \_\_\_\_\_. Independientemente de si tengo cobertura de seguro o si soy un paciente de mismo-pagar, yo entiendo que soy responsable de todas las facturas, copagos, deducibles, y servicios que no están cubiertos que estén pagados en tiempo. Yo autorizo que toda la información pertinente para ser lanzado a mis referentes médicos, médicos de atención primaria y mis compañías de seguros. Entiendo que el pago es debido en el momento que se prestan los servicios. Entiendo que el que padre o tutor de un menor es responsable de todos los cargos por los servicios prestados.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**  
**Por Favor Llene Esta Parte**  
**Complementamente**



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FDN:** \_\_\_\_\_

**PESO:** \_\_\_\_\_

**ESTATURA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SU FARMACIA:** \_\_\_\_\_ **DIRRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**LISTA DE ALERGIAS:** (INCLUYE COMIDA / LATEX) **NO SE CONOCEN ALERGIAS A MEDICAMENTOS:**


**LISTAS TODAS SU MEDICAMENTOS:** (INCLUYE MEDICINAS SIN RECETA, VITAMINAS / HIERBAS / HOMEOPÁTICO)

NOMBRE:	DOSIS:	NOMBRE:	DOSIS:

**HISTORIAL MÉDICO - COMPRUEBE LA CASILLA APROPIADA SÍ O NO**

Asma o Falta de aliento	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Riñon	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ansiedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Desmayo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cinetosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cáncer de los Cenos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ERGE / Reflujo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Desorden Psiquiátrico TIPO: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Mutación Genética TIPO: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ataque al Corazón CUANDO: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones TIPO: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cáncer (Otro) TIPO: _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Apnea del sueño: Si es así, ¿usas - CPAP o BiPAP (círculo)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dolor de cabeza crónico	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis / Desorden del Hígado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Trastorno de coagulación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Alta Presion Sanguinea	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Trastorno Tiroideo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
COPD	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VIH / SIDA (círculo)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otros problemas médicos: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Depresión	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Cicatrices Queloides	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

NOMBRE & FDN: \_\_\_\_\_



**POR FAVOR, ANOTE TODAS LAS OPERACIONES QUE HA TENIDO:**

<u>CIRUGÍA</u>	<u>AÑO</u>	<u>CIRUJANO</u>	<u>COMPLICACIONES DE ANESTESIA?</u>
			<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
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Has sido hospitalizado por alguna otra razón?  SÍ  NO

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

**HISTORIA FAMILIAR:**

Enumere cualquier historia familiar de enfermedad significativa (ejemplo: enfermedad cardíaca, diabetes, melanoma, hipertermia maligna, cáncer de los senos)

**HISTORIA SOCIAL:**

¿TIENES HIJOS?  SÍ  NO Si es así, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

TABACO:  SÍ  NO PAQUETES POR DÍA: \_\_\_\_\_ SALIR FECHA: \_\_\_\_\_

E-CIGS / VAPING / TABACO DE MASCAR:  SÍ  NO

ALCOHOL:  SÍ  NO CANTIDAD: \_\_\_\_\_

DROGAS:  SÍ  NO QUE TIPO: \_\_\_\_\_

**\* POR FAVOR, LEA LA DECLARACIÓN ABAJO Y INICIAL-**

"YO ESTOY DE ACUERDO CON QUE LAS FOTOGRAFÍAS SE TOMEN EN LA VISITA DE HOY SERAN SOLAMENTE PARA MI CUADRO MÉDICO Y PROPÓSITOS DE REGISTRO. ESTAS FOTOGRAFÍAS NO SERÁN COMPARTIDAS DE CUALQUIER FORMA SIN MI APROBACIÓN ESCRITA EXPRESA".

Iniciales: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



## Reconocimiento del Recibo de Notificación

Al firmar este formulario, se concede consentimiento a especialistas en cirugía plástica, P.A. para usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) a los efectos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada sobre cómo podemos usar y revelar información protegida de salud. Usted tiene derecho a revisar nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento, y le animamos a leer en su totalidad.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado por ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad.

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento que me ha dado una copia de la notificación de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si firmada por representante legal, relación con el paciente:

\_\_\_\_\_

## Consentimiento Para Dejar Mensajes de Correo de Voz Que Contengan Información Médica

Especialistas en Cirugía Plástica, P.A. puede ponerse en contacto conmigo por teléfono a cualquier número incluido en mi registro, incluidos los números de teléfono inalámbrico, a los efectos de comunicarme acerca de mi atención médica, el servicio de mi cuenta y la recopilación de los importes debidos.

**Doy permiso para dejar mensajes de correo de voz / enviar correos electrónicos con respecto a:**

- Mis citas-programación/recordatorios  Mis resultados de Prueba  Mi Descarga  Mi Salud  
 Mis Cuentas  Solo Estas Cosas: \_\_\_\_\_

## Lanzamiento Limitado de la Información a Familiares y Amigos

Yo doy mi permiso a Especialistas en Cirugía Plástica, PA a compartir cierta información personal de salud acerca de mí con las personas que se enumeran a continuación. A estos individuos sólo se dará información sobre mí que se relaciona con su participación en mi cuidado o el pago de mi salud. Yo entiendo que no debo de llenar este formulario para obtener la atención de la salud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Con esta persona se puede hablar de: (marque cada caja que le pertenece):

- Mi salud  Mis facturas  Solamente estas cosas: \_\_\_\_\_



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

El pago se debe realizar en su totalidad al momento del servicio para todas las visitas al consultorio, servicios auxiliares y productos. Aceptamos efectivo, cheques, cheques de caja y giros postales, Visa, MasterCard, AMEX y Discover para su conveniencia. Hay un cargo de \$ 25 por cheques devueltos.

**Opciones de financiamiento:** Como un servicio para nuestros pacientes, ofrecemos financiamiento a través de Alphaeon, CareCredit y MLend. Esto es solamente para las cirujías y para la compra de productos de mil dolares o mas.

**Seguros:** Specialists in Plastic Surgery, PA está en red con Ambetter, BCBS, Blue Medicare, Blue Value, Cigna, Coventry, Humana, Humana Medicare, Medcost Preferred, Medicare, UHC, UMR.

**Cotizaciones:** Las cotizaciones son válidas por 12 meses a partir de la fecha de la firma.

**Cancelación / reprogramación de su cita de consulta:** Specialists in Plastic Surgery, PA requiere un aviso de 24 horas hábiles para cancelar o reprogramar su cita de consulta.

**Cancelación / reprogramación de su cirugía estética:** Specialists in Plastic Surgery, PA requieren 14 días para cancelar o reprogramar su cirugía. Se aplicará una tarifa de cancelación del 10% para cancelaciones dentro de los 14 días. Se pueden hacer excepciones por problemas médicos o de emergencia documentados.

**Pagos quirúrgicos:** el pago de todos los procedimientos quirúrgicos se cobrará dos semanas antes de la fecha de la cirugía. Se requiere un depósito de \$ 500 al momento de programar su cirugía. Si no se cobra el pago completo, la cirugía se cancelará y el paciente será responsable de las multas financieras asociadas por la cancelación de la cirugía. Entiendo que los pagos de CRNA se deben hacer en efectivo o cheque.

**FMLA / Discapacidad a corto plazo / Registros médicos:** hay un cargo de \$ 10 por el procesamiento de documentos y registros médicos. Esto debe ser pagado antes de que comience el procesamiento.

**Cuotas / recetas de laboratorio:** Todas las recetas, el laboratorio / EKG y otras pruebas de diagnóstico ordenadas son responsabilidad del paciente.

Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos. Al firmar este formulario, entiendo y acepto los términos y condiciones de la Política Financiera de los Specialists in Plastic Surgery, PA.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_