

REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA
EN LETRA DE IMPRENTA)

Hermosa Plastic Surgery

8004 Constitution Place NE

Albuquerque, NM 87110

(505) 924-2225

Fecha _____

Teléfono Personal _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Inicial No. Seg. Soc. _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Paciente Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud? _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. Seg. Soc. _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable Empleada por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____

Compañía de Seguros _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional? Sí No

Nombre del Suscriptor _____ Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Suscriptor Empleado por _____ Teléfono del Empleador _____

Compañía de Seguros _____ No. Seg. Soc. _____

Contrato No. _____ Grupo No. _____ Suscriptor No. _____

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan _____

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, certifico que yo (o la persona a mi cargo), tengo (tiene) cobertura de seguro con _____
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros
y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra
manera son pagaderos a mí, por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que
son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los
beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro.

Firma de la Persona Responsable

Relación

Fecha

Paciente Cuestionario

1. Te preocupas por como te ves? Si o No
2. Piensas en tu apariencia todo el tiempo y desearias poder pensar en ello menos? Si o No?
3. Por favor liste las areas del cuerpo que no le gustan:
 - _____
 - _____
 - _____
4. A cuantos cirujanos plasticos has visto? _____
5. Ha tenido cirujia plastica antes? _____
6. Ha estado satisfecho con su cirujia plastica anterior?

7. Su principal preocupacion es que usted no es lo suficientemente delgado o que podria engordar demasiado? Si o No?
8. Como ha afectado este problema con su vida?

9. Te sientes moelsto por como te ves? _____
10. Ha sido un problema en la forma de hacer cosas con amigos o citas? Si o No?
 - En caso afirmativo , describa:

11. Hay coasas que evitas por tu aspecto? Si o No ?
 - En caso afirmativo, describa:

12. Le a causado algun problema con la escuela o el trabajo? Si o No?
 - En caso afirmato , describa:

13. En un dia promedio, cuanto tiempo sueles dedicar pensando en como te ves?
A. Menos de 1 hora al dia. B. 1-3 Horas al dia C. Mas de 3 horas al dia.

HISTORIA DE SALUD

(Confidencial)

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿A qué se debe su visita médica? _____

SÍNTOMAS Marque con un tilde (✓) los síntomas que Ud. tiene actualmente, o que ha tenido en el pasado año.

<p>GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Falta de Memoria <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de sueño <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Sudores <p>MÚSCULO/ARTICULACIÓN/HUESO Dolor, debilidad, entumecimiento en:</p> <input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros <p>GENITOURINARIO</p> <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Micción (orinar) frecuente <input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga <input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<p>GASTROINTESTINAL</p> <input type="checkbox"/> Mal apetito <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/> Cambios al defecar <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Excesivo hambre <input type="checkbox"/> Excesiva sed <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Sangrar por el recto <input type="checkbox"/> Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómito de sangre <p style="text-align: center;">CARDIOVASCULAR</p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> Venas varicosas	<p>OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA</p> <input type="checkbox"/> Sangrar de las encías <input type="checkbox"/> Vista nublada <input type="checkbox"/> Estrabismo/Bizquera <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Supuración por los oídos <input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Zumbido de los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de la sinus <input type="checkbox"/> Visión - Fulguración <input type="checkbox"/> Visión - Círculos de luz <p style="text-align: center;">PIEL</p> <input type="checkbox"/> Se pone morada fácilmente <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Cambios en verrugas <input type="checkbox"/> Sarpullidos <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llaga que no cicatriza	<p>para los HOMBRES solamente</p> <input type="checkbox"/> Bulto en el pecho <input type="checkbox"/> Dificultad en la erección <input type="checkbox"/> Bulto en los testículos <input type="checkbox"/> Supuración por el pene <input type="checkbox"/> Llagas en el pene <input type="checkbox"/> Otros <p>para las MUJERES solamente</p> <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Sangrado entre períodos <input type="checkbox"/> Bulto en el seno <input type="checkbox"/> Dolor menstrual muy fuerte <input type="checkbox"/> Fogaje ("Hot Flashes") <input type="checkbox"/> Supuración por los pezones <input type="checkbox"/> Coito doloroso <input type="checkbox"/> Supuración por la vagina <input type="checkbox"/> Otros <p>Fecha de la última menstruación: _____</p> <p>Fecha de la última Prueba de Papanicolaou: _____</p> <p>¿Ha tenido Ud. un mamograma? _____</p> <p>¿Está Ud. embarazada? _____</p> <p>¿Cuántos hijos tiene? _____</p>
---	--	--	---

CONDICIONES Marque con un tilde (✓) las condiciones que Ud. tiene o que ha tenido en el pasado.

<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de Desangramiento <input type="checkbox"/> Bulto en los Senos <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Bulimia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Droga adicción <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Gonorrea <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> HIV Positivo <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Problemas de la Próstata <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Problemas de la Glándula Tiroidea <input type="checkbox"/> Amigdalitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre Tifoidea <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Infecciones Vaginales <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
---	--	--	--

MEDICAMENTOS Liste los medicamentos que Ud. toma actualmente	ALERGIAS A medicamentos o sustancias
Nombre de la Farmacia: _____	Teléfono: _____

FOTOGRAFIA LIBERACION Y AUTORIZACION

Por la presente do mi consentimiento irrevocable autoriza el uso y reproduccion por parte de la Sociedad Americana de Cirujanos (ASPS) y sus afiliados, o cualquier persona autorizada por cualquier de ellos, de todas y cada una de las fotografias, imagenes electronicas o imagenes de video de mi tomada por ASPS, o que ASPS tiene en su poder proporcionado por mi o por un tercero (Colectivamente, Imagenes) con el proposito de informar a la profesion medica y al publico en general sobre cirugía plastica y procedimientos y tecnicas de cirugía plastica sin compensacion para mí. Dicho uso incluire, entre otros, la distribucion de las imagenes a travez de medios impresos, visuales y electronicos, especialmente el sitio web de ASPS y los sitios de redes sociales como youtube, facebook y twitter. Las imagenes (Incluidos los negativos fotograficos) seran propiedad exclusivas de ASPS. ASPS Tambien tendre el derecho de usar mi nombre en relacion con el mismo si asi lo dice.

Por la presente renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto terminado, fotografia, video, DVD, CD-ROM o materia que pueda ser utilizado en conjuncion con el mismo o para el uso eventual que pueda ser aplicado.

Por la presente libero, doy de alta y acepto eximir de responsabilidad a ASPS y sus afiliados y sus respectivos representantes, cesionarios y empleados, y a cualquier persona que actue bajo su permiso o autoridad, de y contra cualquier reclamo en relacion con el uso de mis Imagenes y nombre y la reproduccion de las mismas como se indico anteriormente, incluyendo cualquier reclamacion de pago en relacion con la distribucion o publicacion de fotografias.

Por la presente garantizo que tengo mas de dieciocho años de edad y que soy completamente capaz de contratar en mi propio nombre en lo que se refiere a lo anterior.

He leído y entendido la liberacion, autorizacion y acuerdo anteriores, antes de firmar mi nombre a continuacion, y lo hago sabiendo y voluntariamente.

Fecha: _____ Nombre Impreso: _____

Firma: _____

He leído la versión y autorización anterior. Soy el padre, tutor o conservador de _____

Estoy autorizado a firmar esta autorización en su nombre y doy esta autorización en interés de la educación pública.

Fecha: _____ Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Consentimiento de Paciente de uso de tarjeta de Credito o Debito, y Financiamiento-Divulgacion de Información Sanitaria Protegida

Consentimiento del paciente para el uso de tarjetas de credito, tarjetas de debito y financiamiento divulgacion de información medica protegida.

Es posible que sea necesario divulgar su informacion medica protegida a entidades financieras. Entidades de tarjetas de credito, bancos y companias financieras, cuando se solicite, para facilitar su pago.

Los servicios que se realizan y se pagan con una tarjeta de debito o un Tercero que financia no son elegibles para desafios de pago despues de que se brindan los servicios. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento irrevocable para permitir que el Dr. Gallegos use y divulgue mi información medica protegida a cualquier entidad de tarjeta de credito, banco o compania financier cuando soliciten dicha información para procesar una cuanta y ayudar con el pago.

_____(Iniciales) No cuestionare dichos con tarjeta de credito, debito o financiacion una vez que se hayan proporcionado los servicios. La practica fomenta la atencion postoperatoria completa y la interaccion de seguimiento para abordar cualquier problema que puede seguir, que se aborda con mas detalle en la politica de revision.

_____(Iniciales) Acepto que este de impugnacion de una tarjeta que no sea credito es irrevocable.

Firma: _____

Fecha: _____

Reconocimiento de Recepcion de Aviso

Miguel L. Gallegos, MD

8004 constitution pl. NE Albuquerque, NM 87110

Por la presente reconozco que leo una copia de los derechos del paciente HIPPA de esta practica medica.

Me gustaria una copia de cualquier aviso de parctias de privacidad enmendado enviado una solicitud a Stacey Taylor, Oficial de Privacidad, en la direccion y numero de telefono presente.

Si _____ No _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Numero de telefono: _____

Si no esta firmado por el paciente , indique su relacion con el paciente,

O paciente o tutor del paciente menor de edad

O guardian o conservador de un paciente incompetente.

O Beneficiario o representante del paciente fallecido

Nombre del Paciente: _____

Solo para uso en la oficina:

Formulario firmado/ recibido por: _____

Reconocimiento rechazado:

Esfuerzos para obener/ razones de denegacion:
