



El día de hoy: ____/____/____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____

Nombre del padre / tutor (si es menor de 18 años):

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Años: ____

Género: Masculino ____ Hembra ____

Dirección: _____ [Apt #] _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Otro ____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Altura: _____ Peso: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____



INFORMACION DE EMPLEO

Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono del trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario: _____

Nombre del asegurado: [primero, ultimo] _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Seguro secundario: _____

Nombre del asegurado: [primero, ultimo] _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Ubicación: _____

**** Proporcione tarjetas de seguro y licencia de conducir o identificación****

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable del saldo. También autorizo a Cosmetic and Reconstructive Surgery Associates de CT o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

HISTORIA MÉDICA PASADA
(marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No aplicable | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en los huesos | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Seno | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular Periférica |
| <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Úlcera por presión |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diagnóstico psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales |
| <input type="checkbox"/> Ojo seco | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> TVP | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Úlceras |

HISTORIA FAMILIAR

Enumerar cualquier historia familiar pertinente : _____



Por favor, enumere la historia quirúrgica pasada:

1. _____ Fecha: ____/____/____
2. _____ Fecha: ____/____/____
3. _____ Fecha: ____/____/____
4. _____ Date: ____/____/____

Por favor, enumere las alergias a los medicamentos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Por favor haga una lista de los medicamentos actuales:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

HISTORIA SOCIAL

¿Alguna vez ha fumado productos de tabaco? (Actual, ex, nunca)

¿Bebes alcohol? Sí (diario / ocasional / raro) No

INFORMACIÓN REFERENCIAL

Médico remitente o paciente: _____

¿Cómo se enteró del Dr. Melendez? _____

INFORMACIÓN DE PROCEDIMIENTO

¿Razón de la visita? _____

Cuestionario de programación de cirugía:

Para ayudarnos a comprender sus necesidades particulares y preferencias de tiempo para su cirugía, por favor bríndenos la siguiente información:

¿Cuál es su preferencia de tiempo para su procedimiento?

Dentro de la próxima: _____ Mes _____ 3 Meses _____ 6 Meses _____ 1 Año

** Verificación: toda la información proporcionada anteriormente es precisa y completa según tu conocimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



FORMULARIO DE FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento y acepto mi aceptación de los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento seguirá vigente a partir de ahora.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Doy mi consentimiento para ser fotografiado como parte del plan general y la evaluación de cualquier cirugía o procedimiento futuro. Estas fotografías serán propiedad de Cosmetic and Reconstructive Surgery Associates of CT.

También autorizo al médico a divulgar cualquier información / material fotográfico requerido para fines didácticos (de enseñanza), médicos y de pago.

Entiendo que estas fotografías se utilizarán de forma tal que oculten mi identidad.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Acepto toda la responsabilidad del pago de todos los servicios prestados por Mark Meléndez, M.D. y autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a su oficina, cuando corresponda. Además, acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de abogados.

Tenga en cuenta que el Dr. Meléndez puede no estar en la red con su compañía de seguros. Es su responsabilidad consultar sobre sus beneficios fuera de la red.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Solo para pacientes fuera de la red: En algunos casos, especialmente con cobertura fuera de la red, el pago de los servicios prestados por Mark Meléndez, M.D. se pagará y se enviará al paciente / garante. Cuando esto ocurre, el paciente / garante debe enviar el cheque dentro de los 3 días hábiles posteriores a la recepción de la práctica. Si el cheque no se devuelve a la práctica, el paciente / garante será responsable de todos y cada uno de los costos de cobro, legales y judiciales asociados con la recuperación del pago.

Firma del paciente o tutor

Fecha



Acuerdo de responsabilidad financiera

Entiendo que si tengo un saldo pendiente con Cosmetic and Reconstructive Surgery Associates of CT durante más de 60 días después de que se haya enviado el primer estado de cuenta, acepto que la oficina cargue a mi tarjeta de crédito el pago pendiente.

Entiendo que hay una tarifa de \$ 50.00 por no presentarse, si no cancelo mi cita dentro de las 24 horas de mi cita programada. Doy permiso a los Asociados de Cirugía Cosmética y Reconstructiva de CT para cargar mi tarjeta de crédito si no me presento a mi cita sin cancelar dentro del período de tiempo adecuado.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante legalmente autorizado:

Fecha de firma: _____

Información de tarjeta de crédito

Nombre en la tarjeta: _____ Tipo de tarjeta: _____

Número de tarjeta de crédito: _____

Vencimiento: _____ Código postal de facturación: _____