



Información de Paciente

*¡Gracias por elegir nuestra oficina! Para poder servirle adecuadamente, necesitamos toda la siguiente información.
Por favor imprimir. Toda la información será confidencial.*

Razón de su visita: _____ ¿Cómo supiste de nosotros?: _____

Nombre del Paciente

(Nombre) (Inicial del Segundo Nombre) (Apellido)

Dirección

(Calle y Apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

SS# _____ Género Estado Civil Ocupación
Fecha de nacimiento _____ Masculino Soltero _____
Edad _____ Femenino Casado con _____ Empleador
 Otro _____

Información de contacto:

Teléfono de casa: _____ Podemos dejar un mensaje para usted en casa? Sí No
Teléfono de trabajo: _____ Podemos dejar un mensaje para usted en el trabajo? Sí No
Teléfono celular: _____ Podemos enviarte un mensaje de texto? Sí No
Dirección de correo electrónico: _____ Podemos enviar correo electrónico a esta dirección? Sí No

Método de contacto preferido: Casa Trabajo Celular

En caso de una emergencia:

Llame: _____ Relación con el paciente _____
Teléfono de casa: _____ Trabajo / Teléfono celular _____

Completa esta sección solamente si alguien que no es el paciente es financieramente responsable

Persona responsable _____	Relación con el paciente _____
Dirección _____	Numero Trabajo/Celular _____

Revisión de Síntomas Marque si tiene alguno de los siguientes

Pecho:

- Dolor en los senos
- Bultos
- Descarga de pezones
- Hoyuelos
- Biopsia anterior
- Sostenes especiales
- Implantes mamarios
- Cambio de tamaño

Síntomas Generales:

- Fatiga
- Dificultad para dormir
- Fiebres inexplicables
- Pérdida de apetito
- Aumento de peso reciente
- Apnea del sueño,
- Desmayos
- Pérdida de peso inexplicable

Hematología / Oncología

- Sangrado anormal
- Coágulos de sangre
- Anemia
- Alta presión
- Hepatitis
- Quimioterapia
- Fácil moretones
- Enfermedad de células falciformes

Corazón:

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Defecto cardíaco
- Prueba de estrés anormal
- Aturdimiento / síncope
- Arritmias
- Ataque al corazón
- Stents coronarios

Neurológico:

- Dolores de cabeza
- Migrañas
- Concusión previa
- Convulsiones
- Entumecimiento
- Dificultades de andar
- Problemas de memoria
- Temblores
- Embolio
- Epilepsia

Pulmón:

- Tos crónica
- Septo sanguinolento
- Infección reciente
- Asma
- Neumonía
- Dificultad para respirar
- Fibrosis quística
- Dolor con respiración

HISTORIA FAMILIAR ¿Alguno de los parientes de sangre ha tenido alguno de los siguientes?

- Historia familiar desconocida
- Cáncer de mama
- Tuberculosis
- Defectos de nacimiento
- Enfermedad del corazón
- Labio o paladar hendido
- SIDA / VIH
- Diabetes
- Epilepsia
- Fibrosis quística
- Sangrado anormal
- Enfermedad del riñón
- Melanoma
- Enfermedad mental/ bipolar
- Coágulos de sangre
- Alta presión
- Enfermedad de células falciformes
- Retraso mental
- Embolio
- Problemas de anestesia

Enumere cualquier otra enfermedad grave no mencionada aquí:

Piel:

- Cambios de color
- Cáncer de piel anterior
- mancha de nacimiento
- Pérdida de cabello
- Estrías
- sudoración excesiva
- estrías
- Problemas de movilidad del cuello
- Dolor en las articulaciones

Musculoesquelético:

- Debilidad
- Dolor de espalda crónico
- Escoliosis
- Tortícolis
- Distrofia muscular
- Acanaladura en el hombro / dolor



USAS ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Insulina Coumadin Oxígeno en casa Aspirina o Ibuprofeno Esteroides

HISTORIAL MEDICO PERSONAL

¿Alguna vez ha sido hospitalizado en los últimos 6 meses? No Sí: _____

¿Están actuales sus inmunizaciones? No Sí Inseguro

USAS ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Lentes de contacto Lentes Aparatos auditivos Prótesis Dentales
 Ortodoncia Prótesis de extremidades o abrazadera

CIRUGIAS PASADAS NO CIRUGIAS ANTERIOR

Fecha: _____ Tipo: _____ Hospital: _____ Cirujano: _____

¿Alguna vez ha tenido una transfusión? No Sí- Cuando?: _____

¿HA TENIDO COMPLICACIONES O MALAS REACCIONES A LA ANASTESIA?

Sin problemas de anestesia pasada Nunca recibió anestesia general Intubación difícil
 Extubación difícil Hipertermia maligna Náuseas / vómitos postoperatorios
 Reacción alérgica Dificultad para despertarse Sensibilidad al agente anestésico

SOLO MUJERES

¿Estás embarazada? No Sí Insegura

Número de embarazos: _____

Número de nacimientos _____ ¿Amamantaste? No Sí

Número de niños adoptados: _____

El último periodo menstrual: _____

Última fecha de mamografía: _____

¿Has tenido ligadura de trompas? No Sí

¿Has tenido una histerectomía? No Sí

HISTORIA SOCIAL SOLO PARA PACIENTES ADULTOS

Género: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____

Nombre de otro significativo: _____ Aficiones: _____

Hay un responsable adulto disponible para ayudar durante el período de recuperación de la cirugía? No Sí

¿Fumas? No Sí Cigarrillos Cigarros Pipas Marijuana Cuánto? _____

¿Alguna vez has fumado? No Sí: -Número de años fumados _____

¿Sabe usted que fumar aumenta el riesgo de complicaciones quirúrgicas? No Sí

¿Bebes alcohol? No Sí- Cuánto? _____

¿Tiene una historia de beber en exceso? No Sí- Fecha de detención: _____



Autorización y Liberación de la Fotografía del Paciente

Consiento en la toma de fotografías o videos de mí o de partes de mi cuerpo, por el Dr. Ted Y Fisher o su designado, en relación con mi atención médica o con los procedimientos de cirugía plástica que serán realizados por el Dr. Y. Fisher. Las fotografías preoperatorias y postoperatorias de mi persona se utilizarán únicamente para fines de registro clínico confidencial y seguirán siendo propiedad del Dr. Ted Y. Fisher.

Además, doy mi consentimiento a la publicación por el Dr. Ted Y. Fisher o sus representantes designados de tales fotografías, videocintas o historias de casos a las compañías de seguros apropiadas para la pre-autorización quirúrgica y / o revisión de reclamaciones.

Yo concedo total y específicamente mi permiso para el uso de fotografías, videos o información de casos para los siguientes propósitos adicionales, según lo indicado por mis iniciales a continuación. Como resultado de este uso entiendo que estas fotografías, videos. O la información del caso puede aparecer en el otro relatede actualizado, los formatos reimprimos en cualquier ocasión concurrente o futura. Ni yo, ni ningún miembro de mi familia, seremos identificados por su nombre en ninguna publicación. Entiendo que este consentimiento es estrictamente voluntario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización adicional y esa denegación no tendrá ningún efecto en el tratamiento médico que recibo del Dr. Ted Y. Fisher. Entiendo que una copia de este consentimiento puede ser suministrada con imágenes a cualquier tercero en donde se puedan publicar o presentar. Entiendo que algunas fotografías pueden, por su representación, hacerme indetnificable en apariencia a otros. Autorizo al Dr. Ted Y. Fisher a usar mis fotografías, videos e información de casos a los siguientes entornos educativos o científicos:

- ❖ Revistas médicas y libros de texto, presentaciones científicas y cursos de enseñanza en cualquier medio previo, visual o electrónico, con el propósito de informar a la profesión médica sobre métodos de cirugía plástica.
- ❖ Materiales de educación para pacientes de mi cirujano, incluyendo fotos pre y postoperatorias disponibles solamente para pacientes prospectivos para ver en la oficina.
- ❖ El sitio web personal o la página web de mi cirujano
- ❖ Conferencias y presentaciones multimedia presentadas por mi cirujano para el público en general
- ❖ Programas de televisión en los que participa mi cirujano
- ❖ Artículos de periódicos o revistas en los que participe mi cirujano
- ❖ Estudios de caso presentados en sitios web profesionales y de la sociedad
- ❖ Las fotografías pueden ser utilizadas para los propósitos de la prueba por el tablero americano de la cirugía plástica

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de mi revocación. Si no revoco esta autorización, expirará veinte (20) años a partir de la fecha escrita a continuación.

Entiendo que la información revelada, o alguna parte de la misma, puede estar protegida por la ley estatal y / o la Ley federal de portabilidad y responsabilidad de insuranos de salud de 1996 ("HIPAA").

Libero y descargo al Dr. Ted Y. Fisher ya todas las partes que actúen bajo su licencia y autoridad de todos los derechos que pueda tener en las fotografías, videos o historias de reparto y de cualquier reclamo que pueda tener relacionado con tal uso en la publicación, incluyendo Cualquier reclamación de pago en conexión con la distribución o publicación de estos materiales en cualquier medio.

Yo concedo este consentimiento como una acción voluntaria y certifico que he leído la autorización y liberación anterior y entiendo completamente sus términos.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Firma del Padre/Guardián si el paciente es menor de 18 años)

Testigo _____ Fecha _____



Aviso de la Política de Privacidad

Nombre del paciente: _____

Nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad (Aviso) proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida acerca de usted. Usted tiene el derecho de recibir y revisar nuestro Aviso antes de firmar este acuse de recibo. Como se establece en nuestro Aviso, los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede solicitar una copia revisada del Oficial de Privacidad.

Sírvase indicar las personas (que no sean aseguradores y profesionales de la salud) que estén autorizadas a recibir información de salud protegida acerca de usted

Nadie

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha sido informado de nuestros usos y divulgaciones de información de salud protegida acerca de usted para todos los propósitos establecidos en nuestro Aviso.

Al firmar este formulario, usted también reconoce que se le ha proporcionado una copia de nuestro aviso, que entiende el contenido de nuestro aviso y cómo se aplica a usted, y que todas sus preguntas con respecto al contenido de nuestro Aviso han sido contestadas.

Al firmar este formulario, usted reconoce su derecho a revocar su consentimiento por escrito, excepto en la medida en que las prácticas ya hayan hecho revelaciones basándose en su consentimiento previo

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Firma del Padre/Guardián si el paciente es menor de 18 años)

Política de Pago

Entiendo que las cargas de la visita de la oficina se pagan en el servicio de día se presta. Autorizo al Dr. Ted Y. Fisher a facturar a mi compañía de seguros. Estoy de acuerdo en pagar todos los copagos deducibles y cantidades de servicios no cubiertos. Independientemente de la cobertura de seguro, soy responsable de todas las facturas que se pagan de manera oportuna. Entiendo que mi contrato es entre el Dr. Ted Y. Fisher y yo.

Firma _____ Fecha _____