



Pedro M. Soler, M.D.
Aesthetic Plastic Surgery

PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY (FAVOR DE ESCRIBIR TODA INFORMACION CLARAMENTE)

LEGAL Last Name LEGAL First Name MI
(Apellido legal) (Nombre legal) (Inicial)

Date of Birth Age Sex Race
(Fecha de Nacimiento) (Edad) (Sexo) (Raza)

Social Security # Email
(seguro social del paciente)

Would you like to receive email notifications? Yes No

Please indicate if there is a Nickname you prefer.
.....

Profession
(Profesión)

Marital Status (Estado Marital):

Single Married Separated Divorced Widowed
(Soltero) (Casado) (Separado) (Divorciado) (Viudo)

Address City
(Dirección) (Ciudad)

State Zip Code Home #.....
(Estado) (Codigo Postal) (# de la casa)

Cell Phone Work Phone
(# de celular) (# del trabajo)

IF PATIENT IS A CHILD (SI EL PACIENTE ES UN NIÑO):

Mother's Name SS # DOB
(Nombre de la Madre) (# de seguro social) (Fecha de Nacimiento)

Father's Name SS # DOB
(Nombre del Padre) (# de seguro social) (Fecha de Nacimiento)

MUST BE FILLED OUT!! PERSON TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY (EN CASO DE EMERGENCIA PERSONA A NOTIFICAR)

Emergency Contact Name Relationship to patient Phone #
(Nombre en caso de emergencia) (Relación al paciente) (Teléfono)

REFERRING PHYSICIAN (MÉDICO QUE REFIERE EL CASO)

Name Address
(Nombre) (Dirección)

Phone Fax.....
(Teléfono)

OFFICE USE ONLY:
Pre-Op Photos
Post-Op Photos

Patient's Signature or Legal Guardian/:
(firma)



Pedro M. Soler, M.D.
Aesthetic Plastic Surgery

PRIMARY CARE PHYSICIAN (DOCTOR PRIMARIO)

Name (Nombre) _____

Address (Dirección) _____

Phone (Teléfono) _____ Fax _____

May we provide the above physicians with a copy of Dr. Soler's office note(s): Yes No *If yes, please sign below.*

Podemos enviarles a sus médicos copia de las notas de la oficina de Dr. Soler: Si No *Si podemos, porfavor firme abajo.*

Signature (Firma) _____

THIS INFORMATION IS NECESSARY, PLEASE COMPLETE
(ESTA INFORMACIÓN ES NECESARIA, POR FAVOR LLENE)

INSURANCE INFORMATION (INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO)

Primary Insurance Company _____ Subscriber _____
(Compañía de Seguro Primario) (Subscripción a Nombre de)

Subscriber's SS# _____ Subscriber's DOB _____ Relationship to patient _____
(Seguro Social del Asegurado) (fecha de nacimiento) (Relación al Paciente)

Group#/Name _____ Policy / ID # _____
(Grupo #/Nombre) (# de polisa o de Identificación)

IS THIS INFORMATION TRUE AND CORRECT REGARDING YOUR PRIMARY INSURANCE? Yes _____ (please initial)
(ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA EN LO QUE SE REFIERE NUESTRO PRINCIPAL SEGURO?) (Iniciales)

SECONDARY INSURANCE INFORMATION (INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO)

Primary Insurance Company _____ Subscriber _____
(Compañía de Seguro Primario) (Subscripción a Nombre de)

Subscriber's SS# _____ Subscriber's DOB _____ Relationship to patient _____
(Seguro Social del Asegurado) (fecha de nacimiento) (Relación al Paciente)

Group#/Name _____ Policy / ID # _____
(Grupo #/Nombre) (# de polisa o de Identificación)

IS THIS INFORMATION TRUE AND CORRECT REGARDING YOUR SECONDARY INSURANCE? Yes _____ (please initial)
(ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA EN LO QUE SE REFIERE NUESTRO SEGURO SECUNDARIO?) (Iniciales)



ACUERDO PARA GARANTIZAR EL PAGO/ASIGNAR BENEFICIOS/DIVULGAR INFORMACIÓN

El abajo firmante se compromete, ya sea como agente o paciente, a aceptar toda la responsabilidad de los costos por los servicios ordenados en nombre del paciente y por el médico que asiste al paciente, y se compromete a pagar todos los costos en el momento del servicio o tras la recepción de la factura. Entiendo que soy responsable de los gastos incurridos en los honorarios razonables de los abogados y/o costos de los tribunales. Este acuerdo es válido para los servicios prestados en esta fecha y para todas las futuras visitas y servicios hasta que sea revocado por mí.

Autorizo a terceras personas para pagarle a los beneficios del seguro médico directamente por los servicios prestados en nombre del paciente.

Autorizo al médico para suministrar a mi compañía aseguradora y/o otra tercera persona responsable o sus representantes, cualquier información médica necesaria para procesar esta solicitud.

PACIENTE y/o TUTOR

FECHA

ACUERDO PARA GARANTIZAR EL PAGO POR DENTRO O FUERA DE LA RED/O EN CASO DE UNA COBERTURA NO AUTORIZADA

Entiendo que los servicios que estoy solicitando que serán prestados por el Dr. Pedro M. Soler en (fecha) _____ puedan estar por fuera de la red o ser no autorizados por la cobertura de seguros (HMO/PPO/Indemnización/Seguro de Automóvil/Compensación a los Trabajadores, etc.). El personal de la oficina del Dr. Pedro M. Soler no comprueba la cobertura antes de acudir a mi cita. Por lo tanto, en caso de que mi seguro esté fuera de la red; o la cobertura de mi seguro haya caducado o ya no se encuentre en vigor o por cualquier motivo, algún/todos los servicios prestados por el Dr. Pedro M Soler no estén cubiertos por mi compañía de seguro de salud, tengo entendido que seré exclusivamente responsable de todos los costos.

También entiendo que ya que existe esta posibilidad, cualquier pago(s) hecho por parte de la compañía de seguros puede y/o será realizada directamente a mí. A su vez, yo accedo a firmar el(los) pago(s) al Dr. Pedro M. Soler. También entiendo que me han dado la información correcta del seguro relacionada con la coordinación de beneficios, si ocurriera una recuperación de un exceso de pago debido a una información incorrecta, yo seré exclusivamente responsable de los costos.

PACIENTE y/o TUTOR

FECHA

CONSENTIMIENTO IRREVOCABLE DE NO ADJUDICACIÓN (PACIENTES COSMÉTICOS)

Yo, _____, por medio de la presente comprendo y doy consentimiento para que El Dr. Pedro M. Soler me proporcione cuidados, como fue explicado en los documentos adicionales de consentimiento. Entiendo que (los procedimientos) que busco son cosméticos en su naturaleza, no son médicamente necesarios y por lo tanto sería fraudulento y poco ético por parte del Dr. Pedro M. Soler presentar alguna reclamación a cualquier compañía de seguros para obtener cobertura. Me han sido explicados y mostrados los costos financieros incurridos de ser tratada y recibir atención quirúrgica por parte del Dr. Pedro M. Soler y acepto estos términos. Además, entiendo que el Dr. Pedro M. Soler no aceptará aseguramiento por este/ estos procedimiento(s). Doy mi consentimiento para que el Dr. Pedro M. Soler me proporcione cuidado y no acepto la asignación de ninguna compañía de seguros, proveedores de atención médica u otra fuente de cobertura es irrevocable y final. Entiendo que seré plenamente responsable de los costos quirúrgicos en la cirugía que solicito.

PACIENTE/TUTOR

FECHA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA FOTOGRAFÍA

Yo, por medio de la presente autorizo al Dr. Pedro M. Soler, y/o sus asociados para tomar las fotografías apropiadas para mi cirugía. Además, autorizo al Dr. Soler y/o sus asociados para tomar fotografías relacionadas con mi cirugía.

También, autorizo al Dr. Soler para utilizar las fotografías para los fines médicos profesionales considerados apropiados incluyendo pero no limitándose a mostrar las fotos para propósitos de publicaciones médicas, publicaciones semi-científicas, educación médica, educación de pacientes o durante conferencias a grupos médicos.

Tengo entendido que no tendré derecho a ningún pago u otra forma de remuneración como consecuencia de cualquier uso de las fotografías o entrevistas relativas a esa cirugía.

PACIENTE/TUTOR

FECHA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____



Pedro M. Soler, M.D.
Aesthetic Plastic Surgery

CONSENTIMIENTO DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA HIPPA

Entiendo que como parte de mi atención médica, la práctica origina y mantiene registros en papel o en formato electrónico que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes para el cuidado o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi atención y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen con mi cuidado,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información de tratamiento a mi cuenta,
- Un medio por el cual una tercera parte pagadora puede verificar que en realidad se prestaron los servicios facturados,
- Una herramienta para operaciones rutinarias del cuidado de la salud, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de las aptitudes del personal

Se me ha dado la oportunidad de revisar el "Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información del Paciente" que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- El derecho a revisar el "Aviso" antes de confirmar este consentimiento,
- El derecho a restringir o revocar el uso o la divulgación de mi información médica para otros usos o fines, y
- El derecho para solicitar restricciones en cuanto a cómo puede ser usada o divulgada mi información médica para llevar a cabo el pago del tratamiento, u operaciones del cuidado de la salud

RESTRICCIONES:

Solicito las siguientes restricciones con respecto al uso o divulgación de mi información médica:

SE PUEDE DISCUTIR EL TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD CON LAS SIGUIENTES PERSONAS:

(Por favor marque todas las que aplican) Cónyuge Sus Hijos Parientes Otros Padres

Por favor enumere los nombres y las relaciones, si ha marcado "Parientes" u "Otros":

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

Adicional: _____

MENSAJES O RECORDATORIOS DE LAS CITAS: (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN)

Podemos dejar un mensaje en su contestador en casa o en el trabajo . **No dejar mensaje** .

Podemos dejar un mensaje con alguien en su casa utilizando el nombre del médico o el nombre de la práctica:

Sí No

Podemos dejar un mensaje con alguien en su trabajo usando el nombre del médico o el nombre de la práctica:

Sí No

Los mensajes serán de carácter no sensible, como, nombre del Doctor y fecha y hora de la cita.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede ser necesario divulgar información de la salud a otra entidad, es decir, las remisiones a otros proveedores de salud, laboratorios, u otras personas o agencias como es permitido o requerido por ley federal o estatal. Comprendo y acepto la información proporcionada por este consentimiento.

Firma

Nombre del Firmante

Fecha

*Si quien firma es otra persona que no es el paciente, ¿es usted el padre, representante legal, tutor, o tiene un Poder de Representación para este paciente, su tratamiento, pago u operaciones de atención médica? Sí No

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

El paciente se negó a firmar el formulario de consentimiento. (Fecha) _____ Testigo: _____

Las restricciones fueron agregadas por el paciente (vea las restricciones mencionadas anteriormente)

"Formulario de Consentimiento" recibido y revisado por _____ en (fecha) _____ diligenciado en MR (fecha) _____

Nombre: _____

Estatura: _____

Peso: _____

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Cuándo comenzó este problema? _____

¿Dónde está ubicado este problema? _____

¿Qué empeora este problema? _____

¿Hay otros síntomas asociados a este problema? Sí No En caso de que sí, descríbalos: _____

POR FAVOR, MARQUE TODO LO QUE APLIQUE

CONSTITUCIONAL

- Cambios de peso no deseados
- Fiebres recientes
- Debilidad
- Fatiga
- Incapacidad para ejercitarse

Ojos

- Usa gafas/lentes de contacto
- Glaucoma
- Cataratas
- Cambios recientes en la visión
- Visión doble

OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA

- Cambios en la audición
- Secreción del oído
- Zumbido en los oídos
- Mareo
- Sangrado nasal
- Ronquera
- Dificultad para tragar
- Dolor en las encías
- Sangrado de las encías

CARDIOVASCULAR

- Dolor en el pecho
- Frecuencia cardíaca rápida
- Palpitaciones

- Presión arterial alta
- Coágulos sanguíneos en las venas de las piernas
- Dolor en las piernas al caminar

RESPIRACIÓN

- Sibilancias
- Dificultad para respirar
- Sangre en el esputo
- Tos
- Tuberculosis

GASTROINTESTINAL

- Disminución del apetito
- Sed excesiva
- Náuseas
- Vómitos
- Sangre en las heces
- Hemorragia rectal

GENITOURINARIO

- Ganas frecuentes de orinar
- Micción dolorosa
- Sangre en la orina

- Dolor testicular
- Se despierta durante la noche a orinar

MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor articular
- Rigidez articular
- Artritis
- Gota
- Dolor de espalda

INTEGUMENTARIO

- Erupciones cutáneas
- Piel seca
- Ictericia
- Hematomas
- Sensibilidad en las mamas
- Hinchazón de las mamas
- Masas en los senos
- Dolor en las mamas
- Secreción del pezón
- Retracción del pezón

NEUROLÓGICO

- Debilidad
- Desmayos

- Convulsiones
- Parálisis
- Pérdida de la memoria
- Temblores

PSIQUIÁTRICO

- Insomnio
- Nerviosismo
- Depresión
- Cambios de humor
- Ansiedad
- Falta de energía

ENDOCRINO

- Problemas de tiroides
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío
- Aumento del apetito
- Aumento de la micción
- Sudoración excesiva

¿Alguna vez ha tenido anestesia general? Sí No Si la tuvo, ¿hubo efectos secundarios o reacciones? _____

ENUMERE LOS PROBLEMAS MÉDICOS:

Problemas Médicos:

Año de Diagnóstico:

ENUMERE LAS CIRUGÍAS:

Procedimientos Quirúrgicos:

Año:



Pedro M. Soler, M.D.
Aesthetic Plastic Surgery

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE

Por favor asegúrese de incluir cualquier medicamento de venta libre como Aspirina o productos de la Aspirina, pastillas de Dieta, Verrugas de St John, Ginseng, Ibuprofeno, Advil, Motrin, etc:

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Píldoras anticonceptivas Sí No Método de Control de Natalidad: _____
¿Cuántos Embarazos?: _____ Vivos _____

ALERGIAS

Penicilina: Sí No Efecto/s: _____

Novocaína/Xilocaína: Sí No Efecto/s: _____

Látex: Sí No Efecto/s: _____

Otros Medicamentos: _____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

HISTORIAL SOCIAL (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):

Tabaco
Si es marcado, ¿cuántos paquetes diarios? _____, por _____ años. Si lo dejó, año en que lo hizo _____

Alcohol
Si es marcado, socialmente, de manera desenfadada los fines de semana

Café, té, refrescos
Si es marcado, ¿cuántas tazas diarias? _____

Drogas recreativas
Si es marcado, Tipo _____ ¿Qué cantidad? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____ años. Si lo dejó, año en que lo hizo _____



Pedro M. Soler, M.D.
Aesthetic Plastic Surgery

ANTECEDENTES FAMILIARES (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):

PATERNAL: ABUELOS

- Diabetes
- Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades pulmonares
- Artritis
- Enfermedades del hígado
- Presión arterial alta
- Colesterol alto o triglicéridos
- Trastorno genético

PADRE ___Vivo (Edad __) ___Fallecido (Edad__) ___Desconocido

- Diabetes
- Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades pulmonares
- Artritis
- Enfermedades del hígado
- Presión arterial alta
- Colesterol alto o triglicéridos
- Trastorno genético

MATERNAL: ABUELOS

- Diabetes
- Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades pulmonares
- Artritis
- Enfermedades del hígado
- Presión arterial alta
- Colesterol alto o triglicéridos
- Trastorno genético

MADRE ___Viva (Edad __) ___Fallecida (Edad__) ___Desconocida

- Diabetes
- Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades pulmonares

- Artritis
- Enfermedades del hígado
- Presión arterial alta
- Colesterol alto o triglicéridos
- Trastorno genético

HERMANOS:

- Diabetes
- Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades pulmonares
- Artritis
- Enfermedades del hígado
- Presión arterial alta
- Colesterol alto o triglicéridos
- Trastorno genético

HERMANAS:

- Diabetes
- Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades pulmonares
- Artritis
- Enfermedades del hígado
- Presión arterial alta
- Colesterol alto o triglicéridos
- Trastorno genético

HIJOS:

- Diabetes
- Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- Enfermedades del corazón
- Enfermedades pulmonares
- Artritis
- Enfermedades del hígado
- Presión arterial alta
- Colesterol alto o triglicéridos
- Trastorno genético

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Paciente/Tutor: _____ Fecha _____ Firma del Médico _____ Fecha _____