

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

Nombre Legal del Paciente: _____ Apodo: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Seguro Social #: ___ - ___ - ___ Estatura: ___' ___" Peso: ___ lbs

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: S/ C/ D/ V Idioma Principal: _____

Dirección: _____
Calle y # de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Teléfono	Privacidad	Contacto de Emergencia,	¿Podemos discutir su caso?
Casa: (____) ____ - _____	<input type="checkbox"/>	Nombre: _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trabajo: (____) ____ - _____	<input type="checkbox"/>	Relación: _____	
Celular: (____) ____ - _____	<input type="checkbox"/>	Casa: (____) ____ - _____	
Fax: (____) ____ - _____	<input type="checkbox"/>	Trabajo: (____) ____ - _____	

Correo Electrónico _____ Medio de Contacto Preferido _____

¿Le podríamos enviar correspondencia a su correo electrónico? (promociones, especiales, recordatorio de citas) Sí No

Ocupación / Compañía o Escuela: _____ / _____

<input type="checkbox"/> Empleado a Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Empleado a Medio Tiempo
<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Estudiante a Medio Tiempo
<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Otro

Diganos, ¿en qué procedimientos está usted interesado(a)? _____

¿A quién deberíamos agradecer por referirlo(a) a usted? Paciente Médico Internet Otro
Nombre: _____

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR LA CUENTA – SI es alguien diferente al paciente:

Nombre Legal: _____ Relación: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Seguro Social #: ___ - ___ - ___ Lic. de Conducir #/Estado: _____/____

Sexo: Masculino Femenino Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección: _____
Calle y # de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

INFORMACION DE SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de Seguro: _____ Teléfono #: _____

Dirección para Reclamaciones: _____

Tipo de Plan en Médico: PPO HMO POS EPO Grupo #: _____ ID#: _____

Manejador de Caso "Workers Comp" / Teléfono: _____

MÉDICO PRIMARIO: _____ Teléfono #: _____
 Tengo un *referral* de mi médico primario. Necesito un *referral* de mi médico primario.

HISTORIAL DE SALUD

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Hoy _____

Motivo De Su Visita _____

En Caso de Heridas: Fecha de la Herida _____ El accidente, ¿ocurrió en su trabajo? Sí No

Ocupación _____ Estatura: ___' ___" Peso: _____ lbs.

¿Cuánto es lo más que ha pesado?: _____ lbs

BMI _____ BSA _____

HISTORIAL MÉDICO

Por favor marque si usted tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones a continuación: Ninguna

Cardiovascular

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma / Bronquitis | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> / Enterococo resistente a Vancomicina |
| <input type="checkbox"/> Angina / Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica / Enfisema | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda / Coágulos de Sangre / Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Neurológico | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio | <input type="checkbox"/> Endocrinológico |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Piel / Esqueletal | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Piel | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral / Ataque Isquémico Transitorio | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Trastornos del Riñón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Válvula Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Alcohol / Dependencia a Drogas | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Discapacidad / Incapacidad: |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso / Prótesis Endovascular "Stent" | <input type="checkbox"/> Úlceras Pépticas | <input type="checkbox"/> Anorexia /Bulimia | <input type="checkbox"/> Inmunológico / Infección | <input type="checkbox"/> Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Reumática del Corazón | <input type="checkbox"/> Sangre | | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Cáncer: |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Coagulación | | <input type="checkbox"/> Herpes / Herpes Labial | <input type="checkbox"/> Tipo _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus resistente a la Metilina | |

¿Está siendo usted tratado(a) por alguna condición o enfermedad en este momento? Sí No. (Si afirma, por favor, explique:)

Fecha de su último examen físico _____ Resultado _____

¿Ha tenido alguna **CIRUGÍA**? Sí No Si afirma, por favor enumere:

--	--	--

¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con anestesia? Sí No Si afirma, por favor explique:

¿Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno del sueño o apnea del sueño? Sí No

¿Utiliza usted una máquina "C-PAP" para su trastorno del sueño? Sí No

¿Tiene alguna **ALERGIA** a algún **MEDICAMENTO**? Sí No. Si afirma, por favor escriba el nombre del medicamento y la reacción.

--	--	--

HISTORIA FAMILIAR (Solamente mencione parientes consanguíneos.) Ninguno

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Cáncer / Tipo _____
<input type="checkbox"/> Otro		

ESCRIBA TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (NOMBRE Y DOSIS): No Medicamentos

	<input type="checkbox"/> Control de Peso	<input type="checkbox"/> Estrógeno/ Hormonas
	<input type="checkbox"/> "Accutane" (en el pasado año)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Antidepresivos
	<input type="checkbox"/> Aspirina/ Anti-inflamatorios no-esteroides	<input type="checkbox"/> Esteroides
	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Vitaminas/ Suplementos
	<input type="checkbox"/> Anticonceptivo (pastillas, DIU, parche, etc.)	<input type="checkbox"/> Herbales/ Homeopáticos

HISTORIAL DE SALUD

(Toda la información es estrictamente confidencial)

¿Está usando o alguna vez ha usado drogas ilícitas? Sí No ¿Qué tipo? _____
 Por favor, proporcione más detalles: _____

¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hace cuánto dejó de fumar? _____	¿Cuánto fumaba? _____	# al día
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Socialmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Moderadamente

X SALUD DE LA MUJER N/A

Embarazos: _____ Nacidos Vivos: _____ Abortos Espontáneos: _____ Abortos Inducidos: _____
 Fecha de Última Menstruación: _____ ¿Está embarazada? Sí No
 Fecha de Último Mamografía: _____ Resultados: _____
 Talla Actual de Sostén: _____ ¿Alguna vez ha tenido alguna biopsia de los senos? Sí No Fecha _____ Cáncer de Seno: Sí No

REVISIÓN DE SISTEMAS Por favor circule a continuación los síntomas que haya tenido recientemente. Ningún Síntoma

General: Fatiga. Fiebre. Escalofríos. Sudores. Alteración del sueño. Aumento o pérdida de peso reciente.
Ojos, Oídos, Nariz, y Garganta: Ceguera. Visión borrosa. Cataratas. Lentes de contacto. Visión doble. Ojos secos / Irritados. Dolor en ojo. Lagrimeo excesivo. Ojos rojos. Sensibilidad a la luz. Cambios en la visión. Secreción de los oídos. Dificultad al respirar por la nariz. Mareo. Pérdida de la audición. Zumbido en los oídos. Congestión nasal. Sangrados de nariz. Pérdida del olfato. Golpes de nariz. Sinusitis. Úlcera/Llaga. Dientes recubiertos. Dientes flojos. Dolor de dientes. Problemas dentales. Dentaduras. Dificultad para tragar. Voz Ronca. Ronquido al dormir.
Cardiovascular: Dolor de pecho. Insuficiencia cardíaca congestiva. Arritmia o latidos irregulares. Ataque al corazón. Presión arterial baja. Prolapso de válvula mitral/ Necesidad de antibióticos para procedimientos dentales. Hinchazón de pies. Palpitos/ Latidos saltados. Mala circulación. Fiebre reumática. Venas varicosas.
Respiratorio: Bronquitis. Tos con sangre. Falta de aliento. Pulmonía. Tos reciente. Sibilancias (pitidos). Tuberculosis.
Gastrointestinal: Abdomen hinchado. Vómitos con sangre/ Sangre en heces fecales. Cambio en apetito. Cambio en hábitos intestinales. Colitis de Crohn. Estreñimiento. Diarrea. Hemorroides/ Sangrado rectal. Gastritis/ Reflujo. Hepatitis/ Ictericia. Síndrome de intestino irritable. Náusea/ Vómitos. Úlceras pépticas. Colitis Ulcerativa.
Genitourinario: Infección del tracto urinario. Sangre en la orina/ Dificultad al orinar/ Orina frecuentemente/ Dolor al orinar/ Incontinencia urinaria. Enfermedad de transmisión sexual. Infección vaginal.
Musculoesquelética: Artritis. Dificultad al caminar. Dolor en las extremidades. Heridas. Dolor en las articulaciones. Calambres en las piernas. Lupus Eritematoso. Artritis reumatoide. Debilidad muscular inusual. Hinchazón.
Neurológico: Mareos/ Desmayos. Adormecimiento. Migrañas/ Dolores de cabeza. Convulsiones/ Epilepsia. Pérdida del conocimiento. Ataque cerebral. Debilidad/ Pérdida del balance.
Psiquiátrico: Alcohólicismo. Ansiedad. Depresión. Abuso de drogas. Problemas financieros o conyugales. Esquizofrenia.
Hemato/ Inmunológico: Sangrado de las encías. Coágulos/ Trastorno de la coagulación. Transfusión de sangre. Fácil aparición de moretones. Complicaciones por VIH. Staphylococcus aureus resistente a la Metilicina/ Enterococo resistente a Vancomicina. Anemia de células falciformes. Inflamación de los ganglios linfáticos.
Endocrino/ Hormonal: Trastorno adrenal o de tiroides. Niveles inestables de glucosa en sangre. Neuropatía. Uso de esteroides.
Piel: Acné. Daño por quemadura. Dificultad para la curación de heridas. Cicatrización excesiva o insatisfactoria. Comezón/ Ronchas. Lunares que han cambiado en apariencia. Cáncer de la piel. Erupción inexplicada / inflamación.
Senos: Mamografía anormal. Secreción con sangre. Masa o tumor benigno. Cáncer. Secreción clara. Secreción de leche. Senos fibroquísticos. Dolor. Reducción. Implantes de solución salina. Implantes de gel de silicona.

Al mejor de mi conocimiento, esta información es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si ocurre un cambio en mi salud o en la salud de mi hijo menor de edad.

X
 Firma del paciente, padre, tutor o representante _____ Fecha _____ Hora _____

X
 Nombre del paciente, padre, tutor o representante _____ Fecha _____ Hora _____

Revisado por (Personal de Clínica, si aplica) _____ Fecha _____ Hora _____

Revisado por (Personal Pre-Operatorio) _____ Fecha _____ Hora _____

Alfred R. Antonetti, M.D.

Plastic & Reconstructive Surgery

FINANCIAL POLICY

Thank you for choosing our Plastic Surgery Practice. We are committed to providing you the best care possible. Please understand that all encounters or treatments will incur a financial charge. By signing below you agree to adhere to our financial policies:

1. This is a fee for service practice at the time of services. If you have health insurance and we participate in your managed care plan, we will bill primary and secondary insurance plans for all charges for services rendered. You will be responsible for payment of:

- Annual deductibles
- Co-payments or co-insurance responsibilities
- Charges for non-covered, or cosmetic services

Please note that any procedure you choose to undergo may not be covered under your office co-pay and is subject to your deductible or co-insurance. Procedures include but are not limited to: biopsies, removal of any skin lesions, laceration repair, keloid injections, scar revisions, etc. We will make every effort to contact your insurance to verify your benefits, but you are still responsible in the event that a charge is not covered by your plan for any reason.

2. We are Medicare providers, therefore we bill Medicare directly. In the event that we suspect Medicare may not cover some charges; you have the option to fill an advanced beneficiary notice (ABN) as delineated by Medicare. We are not Medicaid providers. You will be responsible at the time of service for payment of charges provided as outlined by Medicaid's ABN.

3. If you do NOT have health insurance, payment is expected in full at time of service.

4. Each office visit can be reserved with a \$25 deposit fee, which is credited towards any procedure. We request that you give us one business day notice for cancellation or re-scheduling of an appointment, otherwise the \$25 deposit fee becomes non-refundable.

5. We accept cash and most types of credit cards. Personal checks are accepted in established

6. Accounts only. We will charge a \$25 cancellation fee per missed appointment. A \$35.00 bounced-check fee will be applied to your account for a returned check. A \$25 charge for filling out each extended work absence packets (short or long-term disability, FMLA, and extended insurance forms).

7. If you purchase skin-care products, make-up or other medical supplies from our office, please understand that these are non-refundable items. In

the event the product is defective or expired, we will gladly credit your account.

8. All procedure fees are due prior to completion or immediately at the time of service. A Non-Refundable \$500 Booking fee is required in order to secure a procedure date. Payment in full is required to proceed with surgery and fees are non-refundable once services have been provided. Services that are rendered that are paid with a credit card, data card, or financing third-party are not eligible for payment challenges after services are provided.

Initials _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Our Notice of Privacy Practices (Notice) provides information about how we may use and disclose protected health information about you. You have the right to receive and review our Notice before signing this acknowledgment. As provided in our Notice, the terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy. By signing this form, you acknowledge that you have been informed of our uses and disclosures of protected health information about you for all of the purposes set out in our Notice.

By signing this form, you also acknowledge that a copy of our Notice has been provided to you, that you Understand the contents of our Notice and how it applies to you, and that all of your questions regarding the contents of our Notice have been answered.

Initials _____

NOTICE OF BUSINESS OWNERSHIP

In accordance with Federal Regulations (42 CFR 416.50). The Surgery Center of Texas must disclose the names of the physicians who are owners of the facility as they receive direct or indirect remuneration from this ownership. Dr. Alfred R. Antonetti, M.D. is part owner of The Surgery Center of Texas.

By signing this form, you acknowledge that you have been notified of Dr. Antonetti business ownership.

Initials _____

CONSENT FOR TRANSMISSION OF PHI BY NON-SECURE MEANS

I give permission to Dr. Alfred R. Antonetti, M.D. and Associates to use unsecured email and mobile phone text messaging to transmit to me the following protected health information (PHI):

- Information related to the scheduling of meetings or other appointments
- Information related to billing and payment
- Information related to medical care and treatment

I have been informed of the risks, including but not limited to my confidentiality in treatment, of transmitting my protected health information by unsecured means. I understand that I am not required to sign this agreement in order to receive treatment. I also understand that I may terminate this consent at any time.

Initials _____

If you have any questions about this policy, please do not hesitate to ask. We also offer the translation for this form in Spanish. We are here to work with you and make your visit and/or surgery experience the best possible. Your signature below signifies that you understand your responsibility regarding charges incurred at Dr. Alfred R. Antonetti, M.D. and Associates, and agree with our policies.

La firma a continuación significa que usted entendió nuestra póliza y sus responsabilidades en relación a cargos incurridos en Dr. Alfred R. Antonetti, M.D. and Associates y que está de acuerdo con nuestra pólizas

Patient/Guardian Name

Signature

_____/_____/_____
Date

Alfred R. Antonetti, M.D.

Plastic & Reconstructive Surgery

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra Práctica de Cirugía Plástica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Por favor comprenda que todos los encuentros o tratamientos incurrirán un cargo financiero. Al firmar al final de este documento usted se compromete a cumplir con nuestra póliza financiera.

1. Refiriéndonos al cargo por servicio en la práctica al momento de los servicios. Si usted tiene seguro de salud y nosotros participamos en su plan de seguros, se le enviará la factura a su seguro primario y secundario por todos los cargos de los servicios prestados. Usted será responsable por el pago de:

- Deducibles anuales.
- Co-pagos u otras responsabilidades.
- Cargos por servicios cosméticos o no-cosméticos, que no hayan sido cubiertos.

Tenga en cuenta que cualquier procedimiento al que usted se someta, puede no ser cubierto por su co-pago en la oficina, y está sujeto a su deducible o co-seguro médico. Estos procedimientos incluyen, pero no están limitados a: biopsias, remoción de alguna lesión de la piel, inyecciones para tratar queloides, revisión de cicatrices, etc. Haremos todo lo posible por ponernos en contacto con su seguro para verificar sus beneficios, pero usted sigue siendo responsable en caso de que un cargo no sea cubierto por cualquier razón.

2. Somos proveedores de Medicare, por lo que se le facturará directamente a Medicare. En caso que Medicare no cubra ciertos cargos, usted tiene la opción de llenar una forma llamada *Aviso de Antemano al Beneficiario* ("Advanced Beneficiary Note", con sus siglas en inglés "ABN") como es estipulado por Medicare. **No somos proveedores de Medicaid.** Usted será responsable a la hora del servicio provisto por el pago de los cargos estipulados en el "Medicaid ABN" – Aviso de Antemano al Beneficiario.

3. Si usted no tiene seguro médico, se espera el pago en su totalidad al momento del servicio.

4. Cada consulta se puede reservar con un depósito de \$25, que servirá de crédito hacia cualquier procedimiento. Le pedimos que nos dé un aviso de un día hábil para la cancelación o re-programación de una cita, de lo contrario el depósito de \$25 será no-reembolsable.

5. Aceptamos pagos en efectivo, y varias tarjetas de crédito como Visa y MasterCard. Cheques personales serán aceptados sólo a pacientes establecidos.

6. Un cargo de \$ 25 para llenar cada paquete de ausencia de trabajo extendidas (incapacidad -

término corto o largo, FMLA, y formularios de seguros extendidos).

7. Si usted compra productos para el cuidado de la piel, maquillaje u otros suministros, por favor comprenda que su pago no es reembolsable. Si el producto está defectuoso, o si no es apropiado para su piel, gustosamente sustituiremos el artículo por uno más apropiado para usted o le acreditaremos a su cuenta de *Dr. Alfred R. Antonetti, M.D. and Associates*

8. Todos los cargos de procedimientos deben haberse pagado en su totalidad antes de completar cualquier servicio. Un *cargo de reservación* de \$500, no-reembolsable, se requiere para apartar la fecha de su procedimiento. Este cargo de reservación puede ser transferible a otro servicio usado por usted en un plazo de 6 meses. El pago requerido para proceder con la cirugía y los cargos no son reembolsables una vez se hayan prestado los servicios. Servicios provistos que se hayan pagado con tarjeta de crédito, o financiación por medio de terceros no son elegibles a disputas por desacuerdo una vez que los servicios hayan sido otorgados.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud. Usted tiene el derecho de recibir y revisar nuestro aviso antes de firmar este reconocimiento. Conforme a lo dispuesto en nuestro aviso, los términos pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso puede obtener una copia revisada.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha sido informado de nuestros usos y divulgaciones de información médica confidencial acerca de usted en cuanto a todos los fines establecidos en nuestro aviso.

Al firmar este formulario, también reconoce que una copia de nuestro aviso ha sido proporcionada a usted, que entiende el contenido de nuestro aviso y cómo este se aplica a usted, y que todas sus preguntas sobre el contenido de nuestro aviso han sido contestadas.

AVISO DE PROPIEDAD DE NEGOCIO

De acuerdo con las Regulaciones Federales (42 CFR 416.50), El Centro de Cirugía de Texas debe revelar los nombres de los médicos que son propietarios de la instalación , ya que reciben una remuneración directa o indirecta de esta propiedad. *Dr. Alfred R. Antonetti, M.D.* es dueño de parte de Surgery Center of Texas: 6020 West Plano Parkway Plano, TX 75093.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha sido informado

CONSENTIMIENTO PARA TRANSMISION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA DEL PACIENTE (PHI) POR MODOS NO ASEGURADOS

Yo doy permiso a *Dr. Alfred R. Antonetti, M.D. and Associates* y sus afiliados para usar correo electrónico y mensajes de texto vía teléfono celular no asegurado para transmitir la siguiente información protegida del paciente:

- Información relacionada con la programación de juntas o citas
- Información relacionada con cobros y pagos
- Información relacionada con atención y tratamientos médicos

He sido informado sobre los riesgos, incluyendo pero no limitado a la confidencialidad de tratamientos, de transmisión de mi información de salud protegida por modos no asegurados. Entiendo que no tengo obligación de firmar este acuerdo para recibir tratamiento. También entiendo que puedo cancelar este acuerdo en cualquier tiempo.

Si tiene dudas acerca de esta póliza, por favor no dude en preguntarnos. Estamos aquí para servirle y para hacer de su visita o cirugía la mejor experiencia posible.

Su firma en la forma "Financial Policy" significa que usted entendió y que está de acuerdo con nuestra póliza y sus responsabilidades en relación a cargos incurridos en Dr. Alfred R. Antonetti, M.D. and Associates

(FAVOR DE FIRMAR EL EQUIVALENTE DE ESTA FORMA EN INGLES)