

# Otto Huertas MD PA

## FORMA DE REGISTRO

(Favor de llenar con letra de molde)

Fecha:					PCP:				
INFORMACION DEL PACIENTE									
Apellido:			Nombre:		Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Señora	<input type="checkbox"/> Señorita	Estado civil (encierre uno)	
								Soltera / Casada / Div / Sep / Viuda	
Es este su nombre legal?		Si no, cual es su nombre legal?			(Nombre anterior):		Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo:
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No						/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección (Número y nombre de la calle):				No. de Seguro Social (Opcional):			No. de teléfono:		
							( )		
Ciudad:			Estado:			Código postal:		No. de celular:	
								( )	
Ocupación:			Empleador:				No. de teléfono del trabajo:		
							( )		
Correo electrónico (E-mail):									
Referido a nuestra oficina por (por favor marque todos los que aplican):					<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Seguro medico		<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Esta cerca de ni casa/trabajo			<input type="checkbox"/> Paginas amarillas		<input type="checkbox"/> Otro		
Otro miembro de la familia paciente aquí?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre y relación:					
EN CASO DE EMERGENCIA									
Nombre (amiga (o) o pariente):				Relación con el paciente:		No. de teléfono:		No del teléfono del trabajo:	
						( )		( )	
Como planea pagar por su cirugía?				<input type="checkbox"/> Tarjeta de credito		<input type="checkbox"/> Care Credit		<input type="checkbox"/> Efectivo	
<p>Leer e <b>iniciar</b> cada línea:</p> <p>_____ La información anterior es verdad al mejor de mi conocimiento.</p> <p>_____ Entiendo que CosmeticGyn Center no manda facturas a ninguna a seguridad por servicios cosméticos (liposucción o abdominoplastia/tummy tuck) poniendo al paciente responsable de cualquier cobro.</p> <p>_____ Entiendo que si falto a alguna cita, entiendo que hay un cargo de \$50.00.</p> <p>_____ Entiendo que si llego al menos 10 minutos tarde a mi cita, tal vez tenga que hacer otra cita.</p> <p>_____ Entiendo que si soy mayor de 35 años, es requerido tener una autorización médica de parte de doctor de medicina interna.</p>									
<i>Firma del paciente</i>					<i>Fecha</i>				

Altura: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_ Peso máximo que ha tenido: \_\_\_\_\_

Mujeres Número total de embarazos: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Primer día de su último periodo: \_\_\_\_\_

Tiene alergias a algún medicamento?:  no  si, cual(es)?: \_\_\_\_\_

Cirugías/operaciones que haya tenido: \_\_\_\_\_

Ha tenido liposucción o tummy tuck anteriormente:  no  si Complicaciones?: \_\_\_\_\_

Áreas donde está interesada en tener liposucción?: \_\_\_\_\_

Medicamentos (nombre y dosis) que esté tomando (incluyendo pastillas anticonceptivas, hormonas, o cualquier otro medicamento no recetado): \_\_\_\_\_

Fuma?:  no  si, cuantos?: \_\_\_\_\_cigarros al día \_\_\_\_\_cajetillas al día \_\_\_\_\_cigarros a la semana

Tiene historial de alguno de los siguientes problemas médicos?

<input type="radio"/> cáncer	<input type="radio"/> enfermedades transmitidas sexual mente, cuál?: _____
<input type="radio"/> diabetes	<input type="radio"/> problemas del corazón
<input type="radio"/> epilepsia	<input type="radio"/> problemas en el hígado
<input type="radio"/> infertilidad	<input type="radio"/> alta presión
<input type="radio"/> paro cardiaco	<input type="radio"/> problema en los riñones
<input type="radio"/> algún otro problema médico no mencionado: _____	<input type="radio"/> dolores de cabeza
	<input type="radio"/> infecciones pélvicas
	<input type="radio"/> problemas del tiroides

Nombre, localidad y número de teléfono de su farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

# Otto Huertas MD PA

## Reglas para Programar, Reprogramar y Cancelación de una Cita

**SE REQUIERE EL PAGO COMPLETO** para poder programar una cita.

Si su presupuesto es por más de cuatro (4) áreas, tenemos que programar dos (2) fechas de cirugía; si por alguna razón no desea continuar con la segunda parte, no se reembolsará ningún dinero. La segunda fecha de la cirugía no puede exceder de 6 semanas de la 1er cirugía.

El tiempo que apartamos para cada cirugía depende de las áreas que cada paciente se va a realizar, esto nos permite calcular mejor el tiempo que se llevará cada procedimiento y podamos programar otras citas. Entendemos que el tiempo de todos es muy valioso. Con el fin de mantener nuestra programación de citas sin problemas, hemos implementado las siguientes reglas.

**Por favor lea cada regla y ponga sus iniciales al final de cada una indicando que entiende y que está de acuerdo a cada regla.**

**Reglas para el que llegue tarde:** Todos los pacientes deben llegar 30 minutos antes del horario de su cirugía programada. *Si usted llega tarde, habrá un cargo de \$50.00 por cada 15 minutos te retrasas. Si tiene 30 minutos de retraso, su cirugía será reprogramada a otra fecha y se le cobrará una cuota de reprogramación de \$650.00.* Tráfico, clima, retrasos por problemas de transporte y cualquier otra situación o problema NO SERAN TOMADOS EN CUNTA por lo que es muy importante que planee en llegar con tiempo avanzado a su cita previamente programada.

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

**Reglas para reprogramación de una cirugía:** NO HAY OPCION DE REPROGRAMAR su cirugía una vez programada. **Si por alguna razón el día de su cirugía su presión arterial está elevada, su cirugía será cancelada y habrá una cuota de \$650.00 por cancelación. No reprogramaremos su cita hasta que tengamos por lo menos 2 semanas de lecturas de presión arterial (las lecturas deben ser dentro de los niveles normales).**

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

**Reglas para cancelación de una cirugía:** Por favor comprenda que el Dr. Huertas debe respetar estas reglas ya que tenemos una obligación con pacientes que pueden haber pedido el mismo día. También, hay equipo médico (suministros) que se usan para preparar la sala de operaciones para su cirugía. En caso de que una cirugía sea cancelada por cualquier razón o no asista a su cirugía programada, sólo se le devolverá el 50% de la cantidad total que usted haya pagado.

**Iniciales del paciente:** \_\_\_\_\_

Poniendo mi firma a continuación, certifico que he leído y entiendo el contenido de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente