



## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Estado Civil: S C V D

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_

Casa #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_

Celular #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recibir nuestro boletín informativo?

SI NO

Licencia de Conducción #: \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_

Familiar más cercano/Amigo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona Financieramente Responsable:

Paciente: \_\_\_\_\_ Padres: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

En caso de ser Padres u Otro, por favor completar:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Si el que suscribe es otra persona y no el paciente:

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del Centro de Trabajo #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### RAZÓN DE LA CONSULTA:

### REFERIDO POR:

El que abajo suscribe, por este medio acepto el cuidado y el tratamiento ahora y en el futuro. En caso de que a mi compañía de seguros le sea enviada la factura, autorizo el pago de los beneficios médicos a los médicos o a los suplentes por los servicios prestados. Si a mi compañía de seguros no se le envía la factura o si esta no paga los servicios. Comprendo que soy responsable del pago de los cargos por los servicios prestados. Autorizo a que se releve cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo del seguro.

### Firma del Paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Tutor:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY FORM

Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y serán considerados confidenciales.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Razón de la consulta: \_\_\_\_\_

Problemas médicos: \_\_\_\_\_

Operaciones anteriores:

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Tienes buena salud? -----  | Sí | No |
| 2. Algún cambio en tu salud en los últimos años: -----   | Sí | No |
| 3. Has tenido la enfermedad reumática de corazón: -----  | Sí | No |
| 4. Válvula coronaria dañada, válvula artificial o soplo en el corazón: -----                               | Sí | No |
| 5. Problemas en el corazón, ataque en el corazón, angina, presión alta, apoplejía, arteriosclerosis: ----- | Sí | No |
| 6. Dolor de pecho o falta de aire con esfuerzo moderado: -----   | Sí | No |
| 7. Diabetes: -----   | Sí | No |
| 8. Enfermedad en los riñones, asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis: -----                              | Sí | No |
| 9. Desfallecimientos o espasmos: -----   | Sí | No |
| 10. Enfermedad del hígado, hepatitis, ictericia: -----   | Sí | No |
| 11. Problemas de tiroides: -----   | Sí | No |
| 12. Úlcera estomacal o hiperacidez: -----  | Sí | No |
| 13. Espasmos, apoplejía, desfallecimientos: -----  | Sí | No |
| 14. Problemas del riñón, piedras, infecciones urinarias: -----   | Sí | No |
| 15. Enfermedad en la sangre, anemia, sangramiento anormal, transfusiones: -----                            | Sí | No |
| 16. Inflamación persistente de las glándulas del cuello: -----   | Sí | No |
| 17. ¿Alguna vez has sido tratado por el desarrollo de un tumor? -----                                      | Sí | No |
| 18. ¿Alguna historia de cáncer? -----  | Sí | No |
| 19. ¿Alguna historia de terapia de radiación? -----  | Sí | No |
| 20. ¿Tomas alcohol regularmente? -----   | Sí | No |
| 21. ¿Fumas? -----  | Sí | No |
| 22. Si fumaste alguna vez, ¿cuándo lo dejaste? _____   |    |    |

MUJERES:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Cuántos: embarazos: _____ partos: _____ cesáreas: _____ abortos: _____ |    |    |
| 2. ¿Estas embarazada o tratando de estarlo? -----                         | Sí | No |
| 3. ¿Tienes problemas asociados a tu ciclo menstrual? -----                | Sí | No |
| 4. ¿Estás lactando? -----   | Sí | No |
| 5. ¿Estás tomando pastillas anticonceptivas? -----                        | Sí | No |
| 6. ¿Tienes alguna alergia? -----  | Sí | No |



**ALLERGIAS Y MEDICAMENTOS ACTUALES**

¿Tienes alguna alergia? .....YES / NO

Si es alérgico, por favor indique Medicamentos a los que usted es alérgico:

| Tipo de Reacción (A) | Medicamento |
|----------------------|-------------|
|                      |             |
|                      |             |
|                      |             |

¿Has tomado alguna vez pastillas para bajar de peso (dieta)? ----- Sí No

Si has tomado ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Por favor lista cualquier medicamento que estés tomando actualmente incluyendo vitaminas y medicamentos sin receta médica:

| Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------|-------|------------|
|             |       |            |
|             |       |            |
|             |       |            |
|             |       |            |
|             |       |            |

¿Existe algún otro tratamiento médico que no se cubra en este modelo? ----- Sí No

¿Desea hablar en privado con el médico sobre algún tema? ----- Sí No

Certifico que he leído y entendido lo arriba escrito. Acepto que mis preguntas, si tengo, sobre el cuestionario anterior han sido contestadas para mi satisfacción. Yo no responsabilizaré mi doctor, o a cualquier miembro del personal responsable por ningún error u omisión que yo pueda haber hecho en el completamiento de este modelo.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA COMPLETAR POR EL DOCTOR**

Comentarios sobre la historia clínica:

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Procedimientos Faciales:**

- Blephroplasty (Levantamiento del párpado)
- Botox/Juvederm
- Levantamiento de frente
- Inyección de grasa
- Fijación del oído
- Levantamiento de la cara o del cuello
- Otoplastia (Pinzamiento del oído)
- Resurfacing de la piel, láser , etc.
- Rinoplastia
- Reparación rasgada de la oreja del oído

### **Procedimientos del seno:**

- Aumento del Seno
- Reconstrucción mamaria
- Reducción de Senos
- Mastopexia (Levantamiento de Senos)
- Reducción del pezón / Corrección de inversión

### **Procedimientos Corporales:**

- Abdominoplastia (Tummy Tuck)
- Braquioplastia (Levantamiento del brazo)
- Levantamiento del cuerpo completo
- Liposucción

### **Cirugía Oral:**

- Extracciones del diente
- Implantes dentales
- Ortognática / Cirugía de la mandíbula
- TMJ
- Injerto óseo

### **Cirugía Ortopédica / Mano:**

- Síndrome del túnel carpiano
- Dedo disparador
- De Quervain's
- Dupuytren's
- Quiste de ganglio
- Lesión del tendón
- Fracturas del Codo /Dedo /Muñeca /Mano

### **Otros Procedimientos**

- Cuidado de la piel
- Lesiones / Moles
- Telangiectasia (las arañas vasculares)
- Depilación láser
- Venas de pierna
- Rosácea
- Restauración del cabello
- Piercing en el oído



Joe Garri, MD, DMD - Teresa Lozano, MD, DDS - Rafael Alcalde, DDS, PhD  
Ramiro Perez, MD - Ricardo Castellon, MD - Tarik Husain, MD -  
Osbel Borges, DMD – Gabriel Salloum, MD

Receipt of Notice of Privacy Practices  
Written Acknowledgement Form

I, \_\_\_\_\_, have reviewed/received a copy of  
Patient Name

MOSA Notice of Privacy Practices

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Guardian Date

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient’s signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement but was unable to do so as documented below:

Date \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

Formulario Para La Confirmacion Por Escrito  
De Haber Recibido Aviso De Las Practicas De Privacidad..

Yo, \_\_\_\_\_, he revisado/recibido una copia del Aviso

Nombre del paciente

De las Practicas de Privacidad de MOSA

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente Fecha

OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient’s signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement but was unable to do so as documented below:

Date \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

## **MODELO DE CONSENTIMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE**

En relación con los servicios médicos que estoy recibiendo, por este medio autorizo la revelación de mi información y registros médicos, incluyendo copias del hospital pertinente y registro médico a:

- A. Cualquier tercero que pague los servicios médicos del paciente
- B. Otro profesional de la asistencia médica e instituciones involucradas en llevar asistencia médica al paciente
- C. El defensor de cualquier comparecencia legal, o responsable ante una orden de la corte
- D. Empleados y agentes de la consulta, al punto necesario de facilitar la suministro de los servicios médicos y pago por tales servicios
- E. Farmacias
- F. A otros que la ley lo requiera

Yo también acepto que se tomen fotos de mi cuerpo o parte del, bajo las siguientes condiciones:

- A. Las fotos se pueden tomar bajo el consentimiento del médico y solo bajo las condiciones y en el momento aprobado por el mismo.
- B. Las fotos deben ser tomadas por el médico o por una persona aprobada por el médico
- C. Las fotos podrán ser usadas para registros médicos y si en la opinión de mi médico, las investigaciones médicas, la educación o la ciencia se beneficiarán con su uso, esta fotos e información relacionadas con mi caso pueden ser publicadas y reeditadas, separadamente o en conexión unas con las otras solo para intereses en la educación médica, aprendizaje, o investigación, proporcionado que se entiende perfectamente que en cualquiera de estas publicaciones o usos yo no debo ser identificado por mi nombre y siempre y cuando se toman las medidas pertinentes para preservar mi identidad.
- D. Las fotos antes mencionadas pueden ser modificadas o retocadas de cualquier modo que mi médico, bajo su dirección, considere deseable.

Respecto a los arreglos financieros:

Nosotros felizmente discutiremos tu tratamiento propuesto y responderemos cualquier pregunta relacionada con tu seguro.

De todas formas debes tener en cuenta que:

- 1. Tu seguro es un contrato entre tú, tu empleador y la compañía de seguros. Nosotros no somos una parte de ese contrato.
- 2. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunas compañías de seguro seleccionan arbitrariamente algunos servicios que no cubren.
- 3. Debemos enfatizar como proveedores de asistencia médica que, nuestra relación es contigo y no con tu compañía de seguros. Al mismo tiempo que la catalogación de las reclamaciones de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son tu responsabilidad desde la fecha en que los servicios son suministrados. Sabemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual de tu cuenta. Si estos problemas ascienden, te aconsejamos que nos contactes de inmediato para la asistencia en el manejo de tu cuenta.

**All Patients Must Sign Below:**

**Firma del Paciente/Tutor:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Traductor: \_\_\_\_\_



**ES IMPORTANTE BAJO LA LEY DEL ESTATUTO DE LA FLORIDA 458.320, QUE ESTE DOCUMENTO SEA LEIDO POR EL PACIENTE, YA QUE ESTOS SON SUS DERECHOS BAJO LA LEY ESTATAL DE LA FLORIDA 458.320**

Estimado Paciente:

Bajo el Estatuto de la ley de la Florida (458.320 F.S.), a los médicos se le requiere que tengan seguro de negligencia médico o que demuestren tener responsabilidad financiera para cubrir las posibles reclamaciones por negligencia médica. **SU MEDICO HA DECIDO NO TENER SEGURO DE NEGLIGENCIA MEDICA.** Esto es permitido bajo la ley del estado de la Florida (458.320 F.S.) sujeto a ciertas condiciones. Las leyes de la Florida contemplan penalidades a los médicos que no tienen seguro si no cumplen con las sentencias adversas que provienen de reclamaciones por negligencia médica. Este aviso se suministra de acuerdo con el estatuto de la ley de la Florida (458.320 F.S.).

Este documento se **DEBE FIRMAR Y DEBE SER PRESENCIADO** antes que usted inicie o continúe abajo el cuidado de Jose I Garri MD, DMD, Ramiro Perez MD, Ricardo Castellon MD, Hatem Zayed MD, Benjamin Cousins MD, Tarik Husain MD, Gabriel Salloum MD, Teresa Lozano MD, Rafael Alcalde DDS, Osbel Borges DMD.

Agradecimiento,

**Jose I Garri MD, DMD, Ramiro Perez MD, Ricardo Castellon MD, Tarik Husain MD, Teresa Lozano MD, Rafael Alcalde DDS, Osbel Borges DMD.**

Nota: ningún tratamiento puede ser proporcionado por **Jose I Garri MD, DMD, Ramiro Perez MD, Ricardo Castellon MD, Hatem Zayed MD, Tarik Husain MD, Gabriel Salloum MD, Teresa Lozano MD, Rafael Alcalde DDS, Osbel Borges DMD.** a menos que esta forma se haya leído y firmado. Esta forma se proporciona para proteger sus derechos bajo el Estatuto de la Florida 458.320.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído este documento Y  
[IMPRIMA el NOMBRE REPLETO AQUI]  
reconoce y entiende su contenido.

**Firma,** \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_.

Testigo \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_.

Copia recibida por paciente \_\_\_\_\_.

LA COPIA DE ESTATUA PROPORCIONADA A PETICION DE LOS INTERESADOS O LOS SIGNOS CON RESPECTO A LA LEY DEL ESTATUTO DE LA FLORIDA 458.320 SON ANUNCIADOS EN NUESTRA OFICINA