



Dr. Aryeh L. Herrera M.D., F.A.C.S.

Información de paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____
Calle _____ Caja de correos/Apartamento # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (Casa): _____ (Móvil): _____ Correo electrónico _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: Hembra/Varón No. De Seguro Social _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Lenguaje: _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legal

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto _____ Otro teléfono _____

Fiador (Persona firmando el acuerdo de paciente/consentimiento de tratamiento):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. De Seguro Social _____ Teléfono (Casa): _____ (Otro): _____

Dirección: _____
Calle _____ Caja de correos /Serie de oficinas # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador: _____ Telefono: _____

Dirección de Empleador: _____
Calle _____ Caja de correos /Serie de oficinas # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Proveedor de referencia: _____ Doctor Primario: _____



Información de seguro (Póliza #1 – Primaria)

HMO ___ Sí ___ No

Nombre de compañía de seguro: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Calle

Caja de correos /Serie de oficinas #

Ciudad

Código postal

Titular de póliza: _____ Relación al asegurado: ___ Mismo ___ Esposa/o ___ Nino ___ Otro ___

Dirección de Titular de póliza: _____

Calle

Caja de correos /Serie de oficinas #

Ciudad

Estado

Código postal

Numero de Póliza: _____ Numero de grupo: _____ **Fecha de Nacimiento de titular:** _____

No. De SS de Titular : _____ Empleador de Titular: _____

Fecha de comienzo de póliza: _____ Fecha de finalización: _____

Información de seguro (Póliza #2 – Secundaria)

HMO ___ Sí ___ No

Nombre de compañía de seguro: _____ Teléfono: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Titular de póliza: _____ Relación al asegurado: ___ Mismo ___ Esposa/o ___ Nino ___ Otro ___

Numero de Póliza: _____ Numero de grupo: _____ Nacimiento de titular: _____

No. De SS de Titular.: _____ Empleador de Titular: _____

Fecha de comienzo de póliza: _____ Fecha de finalización: _____

Compensación de Trabajadores

Nombre de Empleador: _____ Persona de contacto: _____

Seguro de compensación: _____ Fecha de daño: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de reclamo: _____ Numero de póliza: _____

Representante de reclamo: _____ Teléfono: _____ Fax: _____



HISTORIA MÉDICA

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FECHA: _____

RAZON POR VISITA: _____

Historia de enfermedades:

	Usted	Parientes (Quien)
Corazón:	()	_____
Diabetes:	()	_____
Artritis:	()	_____
Hipertensión:	()	_____
Tiroides:	()	_____
Ataques:	()	_____
Asma:	()	_____
Enfisema:	()	_____
Dolor de pecho:	()	_____
Tumefacción:	()	_____
Sangradura:	()	_____

Historia de enfermedades:

	Usted	Parientes (Quien)
Ataque de corazón:	()	_____
Derrame:	()	_____
Fiebre reumática:	()	_____
Riñones:	()	_____
Cáncer:	()	_____
Coagulo:	()	_____
Hepatitis:	()	_____

Fecha de ultima menstruación:___ Ultimo mamograma: _

Ultima PAP:___ Numero de niños vivos:_____

Embarazos: A Terminó:___ Prematuro:___ Aborto/malparto__

Otros problemas medico? _____

Fuma o fumaba?_____ Cuánto?_____ Cuánto tiempo?_____ Cuando dejo de fumar?_____

Toma alcohol?_____ Que tipo?_____ Frecuencia?_____ Cuando dejo de tomar?_____

Usa drogas?_____ Que tipo?_____ Frecuencia?_____ Cuando dejo de usar?_____

Está tomando o alguna vez ha tomado esteroides?_____

Historia de Familia: Edad (corriente o al tiempo de muerte)

Madre: _____ Causa de muerte: _____

Padre: _____ Causa de muerte: _____

Hermano(s): _____ Causa de muerte: _____

Hermana(s): _____ Causa de muerte: _____

Añada hermanos/as o relaciones adicionales en la página trasera

Alergias a Medicamentos

Medicamento:

Reaccion:

1.

2.

3.

Medicamentos Corrientes

Medicamento:

Dosificación:

Frecuencia:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Cirugias Anteriores

Fecha:

Procedimiento:

1.

2.

3.

4.

5.



Dr. Aryeh L. Herrera M.D., F.A.C.S.

Contrato con Paciente

"El suscrito por este medio autoriza a ser tratado por el Dr. Aryeh L. Herrera, M.D. F.A.C.S. El abajo firmante también autoriza el pago de cualquier Compensación del Trabajador u otros beneficios de seguro, por servicios ejecutados a su persona, directamente a Cirugía Plástica de Allegheny. El abajo firmante también acepta que él/ella es financieramente responsable de cualquier deducible de seguro de salud, coseguro, o falla de cualquier compañía de seguros, por cualquier razón, de pagar los cargos del médico en su totalidad, cuando sean presentados. El/la suscrita también acepta, sea firmando como agente o paciente, obligación completa por el pago de todos los servicios médicos ejecutados por el paciente. Una cuota de \$ 50.00 será cargada por citas no atendidas, si esta oficina no recibe noticia y responde a esa noticia, por lo menos 24 horas antes de la cita programada. Con respecto a acuerdos de descuento, los descuentos serán revocados y los cargos originales reintegrados, debidos y pagables en su totalidad, en caso de incumplimiento del contrato. El infrascrito entiende que cualquier saldo pendiente de más de 30 días, puede estar sujeto a cargos por retraso, a la tasa de 1.5% mensual o 18% anual. El abajo firmante asume la responsabilidad: (1) por el pago de todos los cargos y saldos pendientes por los servicios médicos rendidos al paciente, junto con todos los cargos atrasados acumulados, y (2) en caso de que la cuenta del paciente sea referida a un abogado o agencia de cobro, del pago de todos los costos de la corte, los honorarios de procesamiento, los costos de recaudación y los honorarios de abogado en la cantidad de treinta por ciento (30%) del saldo adeudado, cuyos honorarios de abogado el suscrito expresamente acepta como razonables.

El suscrito aquí autoriza esta oficina, a divulgar toda información médica relacionada al cuidado de este paciente, a cualquier agencia y/o compañía de seguros, para el pago de cualquier cargo médico y/o a la determinación de cualquier beneficio a que el suscriptor o el paciente, pueda tener derecho de cualquier otra entidad".

Fecha _____

Paciente _____

Firma del paciente y/o del fiador _____ (SELLO)

Testigo _____

Consentimiento para tomar fotografías

En relación con los servicios médicos que estoy recibiendo de Cirugía Plástica Allegheny, consiento a que se tomen fotografías de mí o de partes de mi cuerpo, bajo las siguientes condiciones:

Estas fotografías se utilizarán únicamente para los archivos médicos, a menos que, en el juicio de mi médico, la investigación médica, la educación o la ciencia serán beneficiadas por su uso. En ese caso, estoy de acuerdo que pueden ser utilizados para tal fin, siempre que mi identidad no sea revelada por los textos descriptivos que los acompañen.

Firma del paciente y/o del fiador _____ (SELLO)

Testigo _____



Dr. Aryeh L. Herrera M.D., F.A.C.S.

RENUNCIA VOLUNTARIA DE BENEFICIOS de HMO

(La firma de este documento alterará sus derechos legales bajo la ley de Maryland. Por favor lea cuidadosamente y no firme a menos que entienda el documento.)

Yo _____ (Nombre de paciente) busco tratamiento médico del doctor

Dr. Aryeh L. Herrera M.D., F.A.C.S. ("Mi médico")

Marque una

No soy miembro de una organización de mantenimiento de la salud ("HMO") y seré responsable por el pago de las cantidades adeudadas a mi médico por los servicios proveídos.

O

Soy miembro de un HMO, y he sido informado de que mi médico no participa con ese HMO, y si mi médico me provee servicios, el me facturará a su tarifa habitual; y yo, en lugar de mi HMO, seré responsable por el pago total de dicha factura.

Entiendo que si en lugar de recibir tratamiento de mi médico, hubiera elegido obtener tratamiento de un médico participando en mi HMO, y el HMO determinó que el servicio es cubierto bajo mi plan de beneficios, tendré derecho de reembolso por el costo de ese servicio como establecido en ese plan;

Por lo tanto, esto significa que

1. Seré exclusivamente responsable por cargos de mi médico.
2. Mi médico no tratará de obtener pago de mi HMO.

(Firma del paciente)

(Fecha)

(Padre o tutor firma)

(Fecha)



Dr. Aryeh L. Herrera M.D., F.A.C.S.

FORMA: Noticia de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad y Consentimiento

El paciente consiente expresamente al uso o divulgación de su información de salud protegida individualmente por **Cirugía plástica de Allegheny** para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El paciente debiera revisar la Noticia de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad de esta oficina, refiriéndose a información de salud protegida, para una descripción más completa de los posibles usos y divulgaciones de su información, y el paciente también tiene derecho de revisar esta notificación antes de firmar esta forma de consentimiento.

Esta oficina reserva el derecho de modificar los términos de su Noticia de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad para información de salud protegida en cualquier momento. Si la oficina decide cambiar los términos de su aviso de prácticas de privacidad, publicaremos un resumen de la notificación actual en nuestra oficina con la fecha de vigencia. Usted tiene derecho a una copia en papel al pedirla.

Pacientes mantienen el derecho de solicitar que la oficina restrinja más, cómo su información de salud protegida es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La oficina no está obligada a aceptar tal restricciones solicitadas; sin embargo, si la oficina acepta tal restricciones solicitadas del paciente, tales restricciones serán obligatorias entonces para la oficina.

El paciente siempre conserva el derecho de revocar este consentimiento. Tal revocación debe presentarse a la oficina en forma escrita. La revocación será efectiva *excepto* en la medida en que la instalación ya ha actuado bajo amparo de la autorización existente.

Como exige la ley, **Cirugía plástica de Allegheny** le ha dado aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe información sobre prácticas de privacidad seguidas por nuestros médicos, empleados y otro personal de nuestra oficina. También describe sus derechos y obligaciones sobre la información y los registros en nuestra posesión sobre su salud, estado de salud, el cuidado de su salud y servicios que reciba en esta oficina, y como pueden ser usados o divulgados.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTA INFORMACIÓN. SOY PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO A ACTUAR EN NOMBRE DE EL/LA PACIENTE A FIRMAR ESTE DOCUMENTO SELLADO, VERIFICANDO LA RECEPCIÓN DE NOTICIA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO A LOS TÉRMINOS DECLARADOS ARRIBA.

Firma de paciente

Fecha

Favor de imprimir su nombre

Padres/firma de fiador

Fecha

Favor de imprimir su nombre

*Favor de explicar la relación del fiador/representante del paciente, e incluya una descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre de el/la paciente:

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Numero de historial médico: _____



Dr. Aryeh L. Herrera M.D., F.A.C.S.

AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD CON PERSONAS DESIGNADAS

*** No debe ser usado con respeto a información de salud de programas de tratamiento de abuso de sustancias.**

Para esta autorización, "Mi información de salud" es toda información relacionada a mi curso de examinación y tratamiento. Autorizo a cirugía plástica de Allegheny para discutir mi información de salud con:

Nombre: _____ Nombre: _____
Relación: _____ Relación: _____
Teléfono #: _____ Teléfono#: _____

Para obtener información general y consultas, organizar citas, identificar medicamentos, discutir facturación y pagos y cualquier otro asunto relacionado

Esta autorización es válida por un año desde la fecha de firma, a menos que yo la revoque. Cirugía Plástica de Allegheny pueden comunicarse conmigo para extender esta autorización, pero no tengo ningún deber de hacerlo.

Personal médico y administrativo de la cirugía plástica de Allegheny se compromete a mantener estricta confidencialidad de los pacientes, conforme a este acuerdo, con altos estándares éticos y leyes estatales y federales. Cirugía plástica de Allegheny tiene procedimientos para apoyar esta norma. Estos procedimientos hacen que sea muy poco probable que mi información médica sea mal revelada. Sin embargo, si esto sucede, mi información de salud puede no más ser cubierta por estas protecciones de privacidad.

No tengo ningún requisito de firmar esta autorización. Cirugía Plástica de Allegheny no condiciona el tratamiento, pago, beneficio de elegibilidad o las actividades de inscripción a la firma de este formulario. Sin embargo, si no firmo esta autorización, cirugía plástica de Allegheny puede divulgar "mi información de salud" si es pedida. Recibiré una copia de esta autorización al firmar.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al escribir, siguiendo las direcciones en la última página de este formulario.

Nombre de Paciente: _____
(Primero) (Inicial) (Apellido)

Firma: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Agente de salud/guardián/padre sustituto/pariente, Yo, _____, represento que soy el/la representante del paciente nombrado anteriormente.

Firma de Representante: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Si usted es el agente de salud o guardián, por favor adjunte prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente.



En firmar esta autorización, entiendo que información de salud liberada puede contener información relacionada con el VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, drogas y abuso de alcohol, etc... Entiendo que la entrega de notas de psicoterapia requiere una autorización adicional.

Puedo revocar esta autorización enviando mi solicitud escrita por correo o fax, junto con una copia de la autorización original para la clínica o al Departamento donde se realizó mi autorización.

Si soy incapaz de proveer una copia de la autorización original con mi solicitud escrita para revocar, yo proveeré la siguiente información.

- **Fecha de autorización**
- **Nombre**
- **Dirección**
- **Teléfono**
- **Numero de registro medico**
- **Fecha de nacimiento,**
- **Propósito de la autorización**
- **Una descripción de la información de salud cubierta bajo la autorización,**
- **La persona o entidad autorizada para utilizar los datos.**

Si la forma fue firmada por mi agente/representante, la solicitud también incluirá:

- **Nombre del representante**
- **Parentesco,**
- **Dirección**
- **Numero de teléfono**

Entiendo que si soy incapaz de dar toda la información anterior, cirugía plástica de Allegheny no podría ser capaz de honrar mi solicitud de revocación.