

Por Favor Escriba con Claridad

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____ Genero: Masculino / Femenina

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Celular: (_____) _____ - _____ Numero De Casa: (_____) _____ - _____

Correo Electronico: _____

Informacion De Empleo:

Empleador: _____ Ocupacion: _____ Numero de Empleo: (____) _____ - _____

Contacto de Emergencia:

Nombre : _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____ Numero de Casa/trabajo: _____

El Metodo Preferido De Contacto:

Con mi permiso, este establecimiento y sus afiliadores*, puede ponerse en contacto conmigo y dejar un mensaje de voz en referencia a cualquier objeto que asiste en la realizacion para llevar a cabo relaciones con los pacientes, tal como, pero no se limitan a, recordatorios de citas y los resultados de laboratorio.

Mi metodo preferido de contacto: (Marce uno o más)

___ Celular ___ Teléfono de Casa ___ Numero de trabajo ___ Correo Electrónico

Firma del Paciente o de un representante legal

Fecha

Cuál es el motivo de su visita de hoy?

Pérdida de peso Terapia hormonal Tratamiento de la alergia Tratamiento de spa Botox\Relleno Dérmico

Cómo se enteró usted de nuestra oficina? (Por favor sea especifico):

Qué tipo de dietas ha intentado en el pasado? _____

Cuáles son sus estaciones de radio favoritas? _____

Qué tipo de revistas lee? _____

Qué tipo de publicaciones de noticias lee? _____



Informacion De Nuevos Pacientes

Problemas de salud, Procedimientos, y/o productos de interés para usted: (Por favor marque lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BOTOX Cosmetic | <input type="checkbox"/> Reducción de celulitis | <input type="checkbox"/> Faciales y tratamientos de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Juvederm Masilla Dermica | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Manchas por la edad |
| <input type="checkbox"/> Pestañas más largas | <input type="checkbox"/> Productos para la piel | <input type="checkbox"/> Eliminación de venas faciales |
| <input type="checkbox"/> Consejos del cuidado de la piel | <input type="checkbox"/> Mascarilla para el Rejuvenecimiento | <input type="checkbox"/> Micro-Dermoabrasión |
| <input type="checkbox"/> AHA y Glycolic mascarillas | <input type="checkbox"/> Depilación | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Retin-A | <input type="checkbox"/> Tratamiento de venas aranasas | <input type="checkbox"/> Seminarios para pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Terapia Hormonal | <input type="checkbox"/> Tratamiento de alergia | <input type="checkbox"/> Laser para rejuvenecimiento |
- Otro _____

Le Gustaría recibir correos electrónicos de Red Mountain Weight Loss? Si No

Historial De Salud

Medicamentos actuales: _____

Alergias a los medicamentos: _____

Alergias: _____

Por favor anote cualquier cirugías con fechas: _____

Por favor anote cualquier complicaciones con las cirugías: _____

Tiene alguna condición médica reciente o actual que debemos tener en cuenta? _____

Tiene una historia personal o un historial familiar de cualquiera de las siguientes condiciones?

- | | |
|---|--|
| Enfermedad del corazón: Personal / Familiar | Enfermedad de la sangre: Personal / Familiar |
| Enfermedad de los riñones: Personal / Familiar | Depresión: Personal / Familiar |
| Enfermedad de los pulmones: Personal / Familiar | Convulsiones: Personal / Familiar |
| Diabetes: Personal / Familiar | Enfermedades sexualmente transmitidas: Personal / Familiar |
| Trastornos Nerviosos: Personal / Familiar | Enfermedad del sistema nervioso: Personal / Familiar |
| La fibrosis quística: Personal / Familiar | Alta Presión: Personal / Familiar |

Por favor marque la respuesta apropiada:

- Está embarazada? Si No
- Está usted en tratamiento de quimioterapia o radioterapia? Si No
- Es alérgico a Xilocaína o Novocaína? Si No
- Es usted alérgico al Latex? Si No
- Está tomando algún medicamento Accutane o sensibles al sol? Si No
- Usted Fuma? Si No En caso que sí, con qué frecuencia? _____ Cuantos al dia? _____
- Usted toma? Si No En caso que si, cuantas bebidas al dia? _____ Por mes? _____
- Tiene usted un marcapasos? Si No
- Tiene historial de herpes labial o el virus del herpes? Si No



Informacion De Nuevos Pacientes

- Tiene usted historial de vitiligo? (aclaramiento de la piel) Si No
- Tiene usted una condición hormonal? Si No
- Tiene usted una historia de entumecimiento en cualquier parte de tu cara o el cuerpo? Si No
- Tiene usted historial de cicatrización queiloide? Si No
- Toma usted aspirina regularmente o diluyentes de la sangre? Si No
- Tiene usted algun implante quirúrgico metálico? Si No
- Ha sido diagnosticado con una enfermedad autoinmune? Si No
- Ha sido diagnosticado con diabetes? Si No
- Tiene actualmente sarampión, viruela, paperas o alguna otra enfermedad? Si No
- En caso que si, porfavor anote: _____

Políticas de Oficina y Financieros

Nos gustaria darle las gracias por elegir a Tucson Medical Weight Loss para ayudarle a alcanzar su peso ideal. Como uno de nuestros pacientes, nos gustaria mantenerlo informado de las politicas de la oficina y financieras actuales para este establecimiento y todas las filiales.*

Por favor, lea cuidadosamente cada seccion y inicial.

Seguros:

Red Mountain Weight Loss no participa con ninguna compania de seguros. Al no poder cobrarle a su seguro y no puede aceptar el pago del seguro por los servicios prestados o recetas recibidas. Los proveedores de servicios médicos de Red Mountain Weight Loss no daran los codigos de diagnosticos o codigos de CPT y debido a esto, son incapaces de completar los formularios de reembolso de pacientes de las companies de seguros.

Iniciales: _____

Forma De Pago:

TODOS LOS PAGOS SE ESPERAN EN EL MOMENTO DE SERVICIO. Red Mountain Weight Loss solo acepta el pago en forma de dinero efectivo, Visa, Mastercard, American Express o Discover. **No aceptamos cheques.**

Iniciales: _____

Politica de Reembolso:

Nuestro establecimiento y todas las filiales* proporciona a nuestros pacientes con medicamentos de prescripcion y estamos sometidos a las leyes estatales y federales. Estas leyes no nos permiten en reponer los articulos vendidos y aceptar los medicamentos recetados devueltos para reembolso. **Todas las ventas son finales.** Antes de realizar un servicio por favor considere todos los protocolos necesarios y los efectos secundarios. Nosotros estamos comprometidos a la satisfaccion del paciente y estamos disponibles para contestar cualquier pregunta o inquietude que tenga con respecto a los programas y servicios que ofrecemos.

Iniciales: _____

Citas:

Citas canceladas representan un costo para nosotros, a usted, y para otros pacientes que podrían haberse visto en el tiempo reservado para usted. Se requiere un aviso de 24 horas por la cancelación o reprogramación de cualquier cita. **Hay un cargo de \$25.00 a \$50.00 por citas pérdidas o canceladas tardes.** El abuso excesivo de las citas programadas puede resultar en la descarga de la práctica.

Iniciales: _____

Cita Horario: Como nuestro paciente, valoramos su tiempo y queremos ser lo más transparente posible en cuanto a cuánto tiempo debe planear en estar en la oficina para sus citas. Citas para Pacientes nuevos suelen tardar una hora a una hora y media desde la llegada hasta la salida. Las citas de seguimiento suelen tardar 45 minutos a una hora desde la llegada hasta la salida. Hay ciertos momentos del día en que las citas se encuentran en una mayor demanda y que estamos un poco más ocupados. Al programar sus citas, por favor, háganos saber si usted prefiere programar durante un tiempo menos ocupado del día y estaremos encantados de acomodarlo.

Iniciales: _____

Medicamentos recetados:

Todos los medicamentos que son recetados por los proveedores de servicios médicos de este establecimiento y todas las filiales se consideran como sustancias controladas y deben ser supervisados regularmente. Todos los pacientes están obligados a tener una cita con un proveedor de servicios médicos para recibir sus medicamentos. Los medicamentos controlados se dispensaran en la oficina, en el momento de su visita. Si lo desea, podemos ofrecerle una receta por escrito para llenar su medicamento en la farmacia de su elección; sin embargo se sigue aplicando una tarifa para el programa.

Iniciales: _____

Análisis de la sangre:

Análisis de la sangre son obligatorios para todos los programas de pérdida de peso. Entiendo que mis análisis deben ser completados dentro de la primera semana siguiendo mi cita inicial. También entiendo que si los resultados no son recibidos por este establecimiento antes de mis segunda cita, que no voy a ser recetado ningún medicamento adicional.

Iniciales: _____

Garantías:

Como en cualquier procedimiento, tratamiento, o programa, no hay garantía de algún resultado particular. Los resultados pueden variar dependiendo de cada paciente.

Iniciales: _____

Grabación electrónica:

Para garantizar la confidencialidad y la privacidad, el uso de cualquier tipo de dispositivo de grabación por un paciente, mientras que este en cualquiera de nuestras oficinas está estrictamente prohibido. Esto incluye el uso de cámaras, dispositivos de grabación de audio y teléfonos con cámara. El uso de estos dispositivos viola los derechos de confidencialidad de los pacientes y viola los derechos de privacidad de nuestros empleados. Los pacientes son bienvenidos a tomar notas durante sus visitas a la oficina. Adicionalmente, todas las conversaciones entre el proveedor médico y paciente se documentan en la historia clínica del paciente. Para revisar esta información, el paciente puede solicitar una copia de sus registros médicos.

Iniciales: _____

Política de servicios:

Entiendo que ese establecimiento y todas las filiales* tienen el derecho a rechazar el tratamiento y/o despedir a un cliente de cualquier servicio en cualquier momento. También entiendo que puedo no ser un candidato para ciertos servicios médicos y es discreción completa del proveedor de servicios médicos para determinar si soy candidato para cualquier servicio prestado.

Iniciales: _____

Yo he leído, entendido, y estoy de acuerdo con las políticas de la oficina y financieras establecido por Red Mountain Weight Loss y todas las oficinas afiliadas*.

Firma del paciente o de un representante legal

Fecha

Nombre del paciente – POR FAVOR ESCRIBA

A petición suya, una copia de estas políticas puede ser dado a usted.

Aviso de Prácticas de Privacidad

De acuerdo con las regulaciones federales de HIPAA, este establecimiento y todas las oficinas afiliadas* no revelar cualquier información, sobre usted o su salud personal, sin su permiso. Toda la información recibida mientras que sea un paciente (Y si/cuando usted se niega a ser paciente por más tiempo) se mantendrá confidencial.

Consentimiento del Paciente para Uso y revelacion de informacion de Salud protegida.

A firmar este formulario ,usted autoriza el uso y revelacion de su informacion de salud protegida por nuestro personal, y nuestro negocio relacionado estrictamente con el proposito de tratamiento, pago y atención médica..

Usted reconoce que usted ha tenido una oportunidad de revisar nuestra **Nota de Practicas Intimas** antes de firmar este consetimiento. Nosotros le favoracemos a revisar nuestra **Nota de Practicas Intimas** con cuidado. Proporciona mas detalle en como podemos utilizar y poder reveler su informacion. La **Nota de Practicas Intimas** puede cambiar. Una copia actual puede ser solicitada cuando usted es visto como un paciente, contactando a nuestro manegador.

Usted puede solicitar que restringimos como utilizamos y revelamos su informacion protegida medica para los propósitos mencionados anteriormente. Si desea solicitar una restriccion, hagalo asi por favor por escrito. Sin embargo, nosotros reservamos el derecho de negar su peticion. Si aceptamos su peticion, nosotros estamos obligados por los terminos del acuerdo.

También puede revocar este consentimiento por escrito; Sin embargo, la información sobre cualquier tratamiento / servicio dado usando este o consentimientos previos todavía puede ser utilizada o revelada para propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad para más información.

Al firmar este formulario, concedo mi consentimiento para la práctica de usar y revelar mi información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago y atención médica.

La Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre del paciente – POR FAVOR ESCRIBA

Para el uso de Practica solamente

Para el uso de Practica Solamente

Verifique la razon apropiada:

Relacion indirect de Tratamiento

Tratamiento de emergencia

Barrera Substantial de Comunicacion

La negative para firmar

Otro

*Descripcion: _____

Firma de Practica

Fecha

Testigo

Fecha

Politica De Cancelacion

Yo entiendo que soy responsable de los siguientes cargos si una notificación de 24 horas para cambiar o cancelar una cita no es dado. Estos cargos también aplican a citas perdidas.

- Citas de Perdida de Peso: \$25.00
- Citas de tratamiento Hormonal: \$50.00
- Citas de Estetico: \$50.00
- Citas de Cool Sculpting \$25.00/por hora de tratamiento

Yo entiendo que yo sere cobrado por este cargo y el pago se debe pagar antes de su proxima cita.

Firma del paciente or Representante Legal

Fecha

Nombre del paciente – POR FAVOR ESCRIBA