



Advanced Surgical & Weight Loss Institute

TELEFONO: (321) 549-2000/ FAX: (321) 549-2142
Oficina Rockledge: 3165 Suntree Blvd, Suite 101
Rockledge, Fl 32955

Oficina West Melbourne: 1541 South Wickham Rd
Melbourne Fl, 32904

MODELO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

INFORMACION BASICA DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO/S _____ NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SS# ____ -- ____ -- ____
MES DIA AÑO

RAZA: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____
 CELULAR CASA TRABAJO FAX: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____

NOMBRE DEL TRABAJO ACTUAL: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

PHONE: _____ E-MAIL: _____

Relación con el paciente: Padres Esposo Cuidador Amigo Otro _____

PERSONA RESPONSABLE (Si es diferente a la anterior)

NOMBRE: _____
Apellido/s _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

DIRECCION: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____
 CELULAR CASA TRABAJO

SEGURO PRIMARIO : _____

NO. DE POLIZA _____ GRUPO # _____ CO-PAGO _____

DEDUCIBLE _____ FECHA EFECTIVA _____ FECHA DE VENCIMIENTO _____

DIRECCION: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

SEGURO SECUNDARIO (Si Aplica):

NOMBRE DEL SEGURO _____

NO. DE POLIZA _____ DEDUCIBLE _____ NOMBRE DEL ASEGURADO _____

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN: _____ **FECHA** _____



Advanced Surgical & Weight Loss Institute

TELEFONO: (321) 549-2000/ FAX: (321) 549-2142

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO/S NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SS# ____--____--____
MES DIA Año

DIRECCION: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO: _____ E-MAIL _____

CELULAR CASA TRABAJO

DOCTOR PRIMARIO: _____ TELEFONO _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO

Para liberar la información de mi expediente medico como se indica a continuación ha:

NOMBRE: Diego Velarde M.D

DIRECCION: 3165 Suntree Blvd, Suite 101, Rockledge, FL 32955

TELEFONO: (321)549-2000 FAX: (321) 549-2142

Por favor, enviar solo la siguiente información: _____

INFORMACION A LIBERAR: Entiendo que la información a enviar incluye, pero no se limita a, Historia medica familiar, Historial médico, Reportes médicos o diagnósticos, resultados de laboratorios, Rayos X, reportes de exámenes o evaluaciones, así como cualquier información de admisión o baja en hospitales. Mis derechos Paternos/Maternos están en total vigor (En caso de firmar como responsable legal de un menor de edad)

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL

FECHA

PROPOSITO DE ESTA DIVULGACION DE INFORMACION:

- Cambio de Medico Consulta / 2da Opinion
 Continuacion de cuidados medico Legal Escuela Seguro Worker's Compensation
 Otro / Especifique:

1. Entiendo que esta autorizacion caducara en 90 días.
2. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento mediante notificación a la Clínica.
3. Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorizacion puede estar sujeta a cambios y no estar protegida por las regulaciones Federales.
4. Entiendo que en cumplimiento de la normativa de la Florida pagare a la clínica los cargos por la copia de los registros médicos es de \$1 por páginas y 15 Ctv. por cada página adicional



Advanced Surgical & Weight Loss Institute

TELEFONO: (321) 549-2000/ FAX: (321) 549-2142

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Por Favor, Lea e inicialice cada línea. Si tiene alguna pregunta diríjase a la recepción para ser asistido.

1. _____ He proporcionado a la oficina mi información de Seguro Médico correcta y actualizada Mantendre actualizada a la oficina médica de cualquier cambio de mi Seguro Medico.
2. _____ Entiendo que es mi responsabilidad administrar mis citas médicas de manera responsable en coordinación con la oficina médica. Podría ser multado con \$25.00 por no asistir a la cita sin proporcionar información o cancelación con 24 horas de antelación
3. _____ Entiendo que podría ser dado de baja de esta oficina medica al no cancelar con 24 horas de antelación tres o más citas médicas programadas.
4. _____ Entiendo que soy responsable del copago en cada visita.
5. _____ Entiendo que podría ser aplicados cargos por el llenado o confección de formas, modelos o cartas por esta oficina.
6. _____ Entiendo que se aplicara un cargo de \$25.00 por cada cheque rebotado.

NOTIFICO: Doy fe de que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de cualquier información Médica o de otro tipo necesaria para procesar un reclamo. También solicito el pago de los beneficios del seguro a mí mismo o a la parte que acepta la asignación. Autorizo el pago de los beneficios del Seguro al Médico o proveedor por todos los servicios prestados. También entiendo y acepto que, independientemente del estado de mi Seguro Médico, en última instancia, soy responsable del saldo de mi cuenta por los servicios profesionales prestados o los honorarios asociados con mi atención. También estoy de acuerdo en que soy responsable de las tarifas de cobro si mi cuenta se transfiere a una agencia de cobro.

FIRMA DEL PACIENTE/RESPONSABLE LEGAL: _____ DATE: _____



Advanced Surgical & Weight Loss Institute

TELEFONO: (321) 549-2000/ FAX: (321) 549-2142

CUESTONARIO SOBRE HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

SEXO: MASCULINO FEMENINO

✓RAZON POR LA CUAL NECESITA VER AL DOCTOR HOY:

✓ANTECEDENTES MEDICOS (GRANDES EVENTOS, HOSPITALIZACIONES, CIRUGIAS):

- | | |
|---|---|
| 1. Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 9. Cancer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Presión Alta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tipo: _____ |
| 3. Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 10. Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. Enfermedad del Corazon <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 11. Infarto Cerebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tipo: _____ | 12. Depresión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 5. Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 13. Problemas de Tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tipo: _____ | 14. Otros |
| 6. Enfermedad del Riñón <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No | |
| Tipo: _____ | |
| 7. Reflujo Acido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Tipo: _____ | |
| 8. Apnea de Sueño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Tipo: _____ | |

✓ANTECEDENTES QUIRURGICOS (GRANDES EVENTOS, HOSPITALIZACIONES, CIRUGIAS):

- _____.
- _____.
- _____.
- _____.

✓IMPORTANTES DATOS:

1. Fecha de la última Endoscopia _____.
2. Fecha de la última Colonoscopia _____.
3. Fecha de la última Mamografía _____.



Advanced Surgical & Weight Loss Institute

TELEFONO: (321) 549-2000/ FAX: (321) 549-2142

MEDICAMENTOS A LOS QUE ES ALERGICO

Nombre del Medicamento	Reacción	Nombre del Medicamento	Reacción
------------------------	----------	------------------------	----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

✓HISTORIA FAMILIAR:

Diagnostico	Relación	Edad
-------------	----------	------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

✓POR FAVOR MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA. Si, usted no conoce el nombre, solo mencione para que es el medicamento.

HISTORIA SOCIAL:

Ocupacion: _____

Alguna vez Fumo? _____

Usted consume Alcohol? Con que frecuencia? _____

Usted consume Drogas? _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FIRMA _____



**Advanced Surgical &
Weight Loss Institute**
TELEFONO: (321) 549-2000/ FAX: (321) 549-2142

Aviso de Prácticas de Privacidad.

Yo he recibido Copia de las Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

Por favor escriba los nombres de las personas Autorizadas a solicitar a esta oficina Medica su información. En caso de no aparecer en la lista no se dará a conocer ninguna información con respecto a su cuidado y condición.

NOMBRE

RELACION CON EL PACIENTE

Solo para uso de la Oficina:

Se intento obtener acuso de recibo de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, pero no se pudo obtener debido:

- _____ El Paciente Rehusó aceptar el Aviso.
- _____ El Paciente rehusó firmar el documento.
- _____ El paciente no pudo firmar.
- _____ Una situacion de emergencia nos impidio obtener la confirmacion.
- _____ Otros: _____

Firma del Empleado

Fecha