



**Advanced Surgical &
Weight Loss Institute, LLC
Dr. Diego Velarde
321-549-2000**

Forma para Nuevos Pacientes

Por favor Complete todas las Paginas

Día _____

Como Escuhó de Nosotros? _____

Nombre

Paciente _____

Nombre

Apellido

Edad

Fecha de Nacimiento

Sexo

Dirección _____

Calle

APT#

Ciudad

Estado

Código Postal

Telefono de la Casa _____

Telefono Celular _____

Email _____

SS# _____

Farmacia _____

Direccion/Intersección _____

Doctor Primario _____

Referido por _____

Estado Civil: _____

Idioma: _____

Raza: _____

Contacto de Emergencias: _____

Telefono# _____

Seguro Primario: _____

Nombre del Titular de la Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del Titular de la Poliza: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Su programa de seguro de salud puede tener límites que afectarán sus cargos en nuestra oficina. Algunas compañías de seguros no pagarán por ciertas pruebas o visitas al consultorio y esos cargos serán su responsabilidad. Aceptamos asignaciones con numerosas compañías de seguros. Verifique con su seguro para asegurarse de que estamos en la red con su seguro. Si no tiene seguro, los pagos son su responsabilidad y se vencerán en / antes del momento del servicio.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR y por la presente doy mi consentimiento a cualquier miembro médico o persona designada para que me brinde tratamiento médico que incluya procedimientos de diagnóstico y terapéuticos.

Firma del Paciente

Fecha



**Advanced Surgical &
Weight Loss Institute, LLC**
Dr. Diego Velarde
321-549-2000

Autorizacion para Divulgacion de Informacion Medica

Por la presente Autorizo: _____ a divulgar mis registros Médicos a:

Advanced Surgical and Weight Loss Institute
3165 Suntree Blvd Suite 101
Rockledge, FL 32955
Phone 321-549-2000
Fax: 321-549-2142

Cualquier información que incluya estudios de diagnóstico y registros médicos y / o exámenes que se me hayan hecho durante el período de _____ a _____. Esto también incluye toda la información protegida federal y estatal, incluidos, entre otros, los resultados de las pruebas de psiquiatría, abuso de drogas y / o alcohol y del virus de inmunodeficiencia humana.

Entiendo y ordeno que esta autorización permanecerá vigente durante 365 días o hasta que la revoque. Por la presente, libero al Advanced Surgical and Weight Loss Institute de cualquier responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de esta información como he indicado.

_____	_____
Nombre del Paciente	Fecha
 _____	 _____
Nombre del Paciente	Fecha
 _____	 _____
Firma del Empleado	Fecha



**Advanced Surgical &
Weight Loss Institute, LLC
Dr. Diego Velarde
321-549-2000**

Por favor lea e Inicialice cada Línea. Si tiene alguna pregunta, consulte en la Recepción.

_____ **Costos de Autopago / Deducibles / Coseguro / Copagos**

El pago se debe al momento de la visita. Se le puede proporcionar un costo estimado por los servicios antes de que nuestros médicos lo atiendan. Entendiendo que este es un Estimado y el saldo se deberá pagar una vez que su seguro lo procese.

_____ **Planes de seguro participantes**

Es responsabilidad del paciente comprender su seguro y buscar atención de un proveedor dentro de la red para evitar costos más altos. Para facturar adecuadamente a su compañía de seguros y evitar retrasos prematuros, requerimos que nos proporcione su tarjeta / información de seguro para que se mantenga como parte de sus registros.

Para aquellos pacientes que requieren una referencia o autorización para el servicio de su Proveedor de atención primaria, traiga toda la información con usted a su cita

_____ **Seguro Secundario**

Estaremos encantados de presentar su seguro secundario si nos proporciona la información necesaria. Si no nos proporciona información de seguro secundario, será responsable de presentar cualquier reclamo ante el seguro.

Medicare: Aceptamos la asignación de todos los cargos cubiertos por Medicare. Presentaremos sus cargos a Medicare y usted es secundario. Si no tiene un secundario, será responsable del 20% de los cargos permitidos por Medicare en el momento del servicio, incluidas las visitas al consultorio y los procedimientos. Estaremos encantados de proporcionarle un costo aproximado antes de que lo vea el médico.

_____ **Pago**

Entiendo que habrá un cargo de \$ 25.00 por cheques sin fondos. Si se rechaza el pago, se deberá pagar el saldo más la tarifa.

Gracias por su comprensión de esta Política financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de prácticas de privacidad y que he leído (o tuve la oportunidad de leer si así lo elijo) y entiendo el aviso.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Aviso de prácticas de privacidad explica en detalle cómo nuestra oficina maneja su información confidencial de salud. También describe cómo puede ejercer sus derechos con respecto a su información de salud protegida.

Yo, _____ doy mi permiso para que Advanced Surgical and Weight Loss Institute discuta mi atención médica con las siguientes personas además de mí:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Firma del paciente Fecha _____

Cuestionario sobre Historial Medico



**Advanced Surgical &
Weight Loss Institute, LLC
Dr. Diego Velarde
321-549-2000**

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Razon de la Visita: _____

- Diabetes Tipo _____
- Presion Alta
- Colesterol Alto
- Reflujo acido
- Acidez
- Ataque al Corazon
- Accidente Cerebrovascular
- Enfermedad del corazón
- Asma
- Apnea del sueño
- EPOC
- Convulsiones
- Enfermedad renal
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de tiroides
- Osteoartritis _____
- Cáncer _____
- Otro: _____

Por favor conteste todas las preguntas completamente

HABITOS / HISTORIA SOCIAL:

Usas alcohol? SÍ NO

Cantidad / día _____

¿ Fumas / Masticas tabaco o has fumado en el pasado? SÍ NO

Paquetes / día _____ Años fumados _____ Año para dejar de fumar _____

Historia de abuso de drogas? SI NO

Alergia al látex SI NO

Historia MRSA infeccion SI NO

Historia quirúrgica	Año
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha de la Ultima Colonoscopia _____

Fecha de el Ultimo EGC _____

Fecha de la Ultima Mamografia _____

- | Historia Familiar | Relación |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Complicaciones de anestesia _____ | |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición _____ | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____ | |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ | |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la tiroides _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Medicamentos _____

Alergias _____
