

Luna Plastic Surgery
Historial Medico

Para uso exclusivo de la oficina BMI:
Problems with Anesthesia: YES

Lose Wt:
NO PONV

Fecha: _____ Nombre: _____ Altura: _____ Peso: _____ lbs.

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estado Civil : *Soltera(o) Casada(o) Divorciada(o) Viuda(o)* Medico: _____ Numero de Oficina: _____

¿Fuma? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿Cuántos por día? _____ ¿Cuántos años has fumado? _____

¿Antes fumaba? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿Cuándo dejo de fumar? _____

¿Usa drogas ilícitas? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿Cual(es)? _____

¿Consumo de alcohol? Si ☐ No ☐ Si es así, ¿Con que frecuencia? *Ocasional* ☐ *Social* ☐ *Diario* ☐

¿Eres alérgico a algún medicamento? Si ☐ No ☐ Si es así, cual(es) y reacciones: _____

Lista de medicamentos actuales, incluidas vitaminas y suplementos naturales: _____

¿Toma remplazo de hormonas? ☐ Si / ☐ No Si es así, ¿Cuál(es)? _____

Liste cualquier cirugía que hay tenido o si ha sido puesto bajo anestesia general: _____

¿Algún Pariente tiene o ha tenido lo siguiente? Si es así, indique la relación: _____

Cancer de Mama ☐ _____ Melanoma ☐ _____ Presión alta ☐ _____ Enfermedad cardiaca ☐ _____

Accidente cerebrovascular ☐ _____ Enfermedad pulmonar ☐ _____ Diabetes ☐ _____ Cancer ☐ _____

Depresión ☐ _____ Coágulos en pulmones/piernas ☐ _____ Sangrado anormal ☐ _____

Historial Medico

¿Tiene/tuvo alguno de los siguientes?:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Coágulos anormal | ☐ Reflujo Acido (ERGE) | ☐ SIDA/VIH | ☐ Anemia |
| ☐ Artritis | ☐ Asma | ☐ Tendencia al sangrado | ☐ Infección sanguínea o sepsis |
| ☐ Cancer | ☐ Colesterol (alta/baja) | ☐ Coagulación | ☐ Insuficiencia cardiaca congestiva |
| ☐ EPOC | ☐ Fibrosis quística | ☐ Depresión | ☐ Diabetes |
| ☐ Epilepsia/Convulsiones | ☐ ERGE | ☐ Glaucoma | ☐ Enfermedad Cardiaca |
| ☐ Ataque Cardiaco | ☐ Hepatitis | ☐ Hipertensión Arterial | ☐ Historia de TVP |
| ☐ Síndrome del intestino irritable | ☐ Enfermedad renal | ☐ Enfermedad hepática | ☐ Lupus |
| ☐ Trastornó Mental | ☐ Prolapso de la válvula mitral | ☐ Cancer Previo | ☐ Perdida/Aumento masivo de peso |
| ☐ Fiebre Reumática | ☐ Convulsiones | ☐ Neumonía | ☐ Apnea del sueño |
| ☐ Lesión de la medula espinal | ☐ Infección por estafilococos | ☐ Varices | ☐ Enfermedad de la Tiroides |
| ☐ Trauma | ☐ Tuberculosis | ☐ Ulceras | ☐ Accidente cerebrovascular |

☐ Otro: _____

Solo para mujeres:

¿A qué edad empezó el periodo menstrual? _____ ¿Fecha de la última Mamografía? _____

¿Estas embarazada? ☐ Si / ☐ No ¿Hace autoexámenes de senos? ☐ Si / ☐ No

¿Planes hacerlo en el futuro? ☐ Si / ☐ No ¿Historial de masas en los senos? ☐ Si / ☐ No

¿Has estado en el pasado? ☐ Si / ☐ No ¿Estas lactando? ☐ Si / ☐ No

Numero de:

Embarazos: _____ Nacimientos Naturales: _____ Cesáreas: _____ Aborto Espontaneo/Aborto: _____

¿Estas tomando anticonceptivos? ☐ Si / ☐ No Si es así, ¿Qué método? _____

Luna Plastic Surgery

Información General

Fecha:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre preferido/Apodo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Motivo de su visita: _____

¿A quién podemos agradecer por su visita/Cómo se enteró de nosotros?: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Otro

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma principal: _____ Médico de atención primaria: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Apellido: _____

Relacion: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Número de teléfono: _____

ASEGURADO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo del asegurado: M F

Relación con el asegurado: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Seguro Medico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado / Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre del plan: _____ Tipo de plan: _____

Número de ID: _____ Número de grupo: _____

EMPLEO

Por favor, marque lo que corresponda:

Tiempo completo Medio tiempo Estudiante tiempo completo Estudiante medio tiempo Jubilado Otro

Ocupación: _____

Empresa / Escuela: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Nota: Haremos una copia de su licencia de conducir o identificación emitida por el estado para nuestros registros.

Luna Plastic Surgery
Política Financiera

Pacientes con Seguro Médico:

- Estoy de acuerdo con proveer a Luna Plastic Surgery, PC una copia de la tarjeta de mi seguro médico. También acuerdo proveer una copia de los beneficios y demandas de mi compañía aseguradora, cuando es aplicable.
- Autorizo la obtención de información médica necesaria para procesar mi demanda de seguro y otorgo los beneficios de seguro a Luna Plastic Surgery, PC por los servicios proporcionados a mí por la Dra. Patricia Yugueros.
- Entiendo que los copagos se pagan en el momento del servicio, según los requisitos de mi seguro médico.
- Estoy de acuerdo con ser responsable de los costos que no cubra mi plan de seguro médico.
- En caso de que se necesite un abogado o a una agencia de colecciones para obtener pagos, entonces seré responsable del honorario del abogado, el costo del juicio, y cualquier otro costo incurrido en la agencia de colección. Una copia de mi firma tendrá la misma fuerza y efecto que la original.
- Entiendo que Luna Plastic Surgery, PC cobrará a mi compañía aseguradora y cualquier pago excesivo ser depositado en la cuenta apropiada (es decir, compañía aseguradora, paciente).
- Entiendo que Luna Plastic Surgery, PC da un plazo de 30 días para el proceso de mi demanda a la compañía de seguros. En caso de que la práctica no reciba reembolso en el plazo de 45 días, entrarán en contacto con mi compañía de seguros con relación a la demanda; ellos me notificarán si no reciben una respuesta.
- Notificaré a la persona encargada de los seguros en la práctica si me doy cuenta de un retraso en el pago por parte de mi compañía aseguradora. Entiendo que la persona encargada de los seguros usará y contará con mi ayuda para resolver el reclamo.
- Cualquier deducible, o copagos serán mi responsabilidad. Cualquier remanente del costo que este pendiente por pagarse después de que el seguro haya cubierto el costo inicial será mi responsabilidad y debo cancelarlo durante los primeros 30 días. Cada mes adicional se le incrementará \$10.00 o el 10%, lo que sea mayor. En caso de que no pueda pagar lo que me corresponde por completo, entrare en contacto con la persona encargada de los seguros para discutir arreglos financieros.
- He leído, entendido y estoy de acuerdo con las políticas financieras indicadas arriba. También estoy de acuerdo con que he tenido la oportunidad de discutir cualquier pregunta o dudas con respecto a lo anterior con la persona encargada de los seguros.
- Entiendo que mi cuenta será cargada \$40 cuando uno de mis cheques no tenga suficientes fondos (NSF). Cheques devueltos por más de \$500 se le incrementará un 5% de la cantidad del cheque.

Pacientes de Pago Privado:

- Si usted planea pagar personalmente sus servicios, debe por política de Luna Plastic Surgery, PC cancelar el costo por completo a la hora del servicio. Si usted no puede hacer el pago por completo a la hora del servicio, su cita/cirugía se pospondrá hasta la fecha más conveniente.

Accidentes de vehículos motorizados (MVA) /Tercer partido:

- We will require all claim details (claim number, contact information, bill address) at the time of your appointment; otherwise, we will require payment in full for services rendered for each patient being treated for a MVA/other accident-related injury. We will file claim(s) with motor vehicle or third-party insurance company you designate, provided we receive all necessary information with which to bill. If the claims are denied, or a protracted lawsuit is involved, the patient is responsible for paying the account balance in full. We will bill your private health insurance for balances left after your personal injury protection (PIP) is exhausted.

Tarifas por Formularios:

- Ciertos formularios y cartas solicitados por el paciente estarán sujetos a las siguientes tarifas. Esta lista es representativa y no exhaustiva. Las tarifas cubren gastos administrativos relacionados con el tiempo del médico/personal, fotocopias y envío por correo.
 - Formularios de Discapacidad: \$20 cada uno
 - Cartas de Necesidad Médica: \$30 cada una
 - Expedientes Médicos: Páginas 1–35: \$0.75 por página /más de 35 páginas: \$0.20 por página

I acknowledge that I have received a copy of this financial policy. I agree to read this document and comply with the terms set forth for services rendered by Luna Plastic Surgery, PC.

Firma del Paciente

Fecha