

**PATIENT REGISTRATION FORM**

Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons  
1314 E. Sonterra Blvd, Suite 5104  
San Antonio, Tx 78258



**Información Demográfica**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 #de Casa: \_\_\_\_\_ #de Trabajo: \_\_\_\_\_ # de Celular: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
 Raza:  Indio Americano  Asiático  Negro (Afroamericano)  Hawaiano (Pacífico Islandés)  Hispano  Blanco  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 ¿Quién es su médico de atención primaria? \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Doctor de los Ojos: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dermatólogo: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

**Farmacia (A donde podemos mandar su receta?)**

Farmacia de preferencia? \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ubicación \_\_\_\_\_

**Como Escucho de nuestra clínica?**

Advertisement  Dr. Referral: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_  
 Website  Familia: \_\_\_\_\_  
 Otro:  Amistad: \_\_\_\_\_

**Servicios ofrecidos en Clínica**

Cuál es la razón de su visita?  
 Servicios Adicionales de cual me gustaría más información:  
 Para Reducir Líneas y Arrugas  Procedimientos Cosméticos:  Laser Skin Treatments  
 Aumento para Labios  - Levantamiento de cara  Productos para la piel: ZO Productos  
 Reducir la papada  - Barbilla/ Cuello  Tratamientos de cara: Pelas de piel

**Contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Seguro Primario (Información Prohibida tiene que responder a la carta de seguridad)**

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del tomador del seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario (Información Prohibida tiene que responder a la carta de seguridad)**

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del tomador del seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

**PATIENT REGISTRATION FORM**

Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons  
 1314 E. Sonterra Blvd, Suite 5104  
 San Antonio, Tx 78258



**Sección I: Medicamentos**

Está tomando cualquier medicamento, vitaminas o suplementos de hierbas?  Si responde sí, indíquelos  No  Lista proporcionada  
 Toma medicamentos para dolor?  Si, indique abajo  No  Lista de medicamentos proporcionada  
 Toma Aspirina?  Si, por favor indique: Doce: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  No

Nombre de Medicamento	Doce (mg/ml)	Frecuencia

**Sección II: Alergias y sensibilidades**

Marque todo lo que apliqué:  Yodo  Penicilina  Codeína  Solfá Reacción: \_\_\_\_\_  
 Es alérgico a algún otro medicamento o anestesia local?  Si responde sí, indíquelos  No

---



---

**Sección III: Historia clínica específica**

Mide de  
 1. Altura: \_\_\_\_\_ Pesa: \_\_\_\_\_

2. Circule con todo lo que lo/la han diagnosticado o Todavía Tiene o  NINGUNO:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cancer: Senos	<input type="checkbox"/> End Stage Renal Disease	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cancer: Recto	<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de Riñón
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Cancer: Pulmones	<input type="checkbox"/> GERD (Acid reflux)	<input type="checkbox"/> Lymphoma
<input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial	<input type="checkbox"/> Cancer: Prostesté	<input type="checkbox"/> Pérdida de Audición	<input type="checkbox"/> Problemas de Cicatrización
<input type="checkbox"/> Tendencia de desangrar	<input type="checkbox"/> Cancer: Renal	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Blood Borne Pathogens	<input type="checkbox"/> Cancer: Other: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis o problemas del hígado	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación
<input type="checkbox"/> Bone Marrow Transplantation	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Embolia
<input type="checkbox"/> BPH (Benign Prostatic Hyperplasia)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/> COPD - Enfisema	<input type="checkbox"/> Dialysis	<input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia	
<input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Problemas de Presión	

Otro: \_\_\_\_\_

---



---



---

**Sección IV : Historia Social**

- 1. Usted fuma?  Sí  No
- 2. Se ha caído 2 o más en los últimos 12 meses?  Sí  No
- 3. Se ha caído con lastimadura en los últimos 12 meses?  Sí  No
- 4. A recibido vacuna de influenza, este tiempo de flu:10/22 - 3/23?  Sí  No
- 5. A recibido vacuna de neumonía (PP3V23)?  Sí  No
- 6. Bebe Alcohol?  Nunca  Ocasional  Daario
- 7. Tiene hijo/as?  Sí # \_\_\_\_\_  No

**Sección V: Historia de Parientes**

¿Algúno de sus parientes cercanos tienen o han tenido?	SÍ	NO	Relación a su Relativo/a
1. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Tendencia de desangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Otro: _____			_____

**Sección VI: Historia de Cirugía y Anestesia**

1. Circule: Las cirugías que aplican o  NINGUNO
- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apéndice<br><input type="checkbox"/> Vejiga<br><input type="checkbox"/> Senos<br><input type="checkbox"/> Biopsia<br><input type="checkbox"/> Lumpectomy<br><input type="checkbox"/> Mastectomía<br><input type="checkbox"/> Colon<br><input type="checkbox"/> Cancer Resección de Colon<br><input type="checkbox"/> Diverticulitis<br><input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamación Intest<br><input type="checkbox"/> Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Corazon<br><input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent<br><input type="checkbox"/> Bypass<br><input type="checkbox"/> Trasplanté<br><input type="checkbox"/> Válvula Remplazada<br><input type="checkbox"/> Remplazamiento de Coyunturas<br><input type="checkbox"/> Cadera<br><input type="checkbox"/> Rodilla<br><input type="checkbox"/> Riñones<br><input type="checkbox"/> Removidos<br><input type="checkbox"/> Removido Piedras<br><input type="checkbox"/> Trasplanté | <input type="checkbox"/> Hígado<br><input type="checkbox"/> Ovarios Removido:<br>- <input type="checkbox"/> Endometriosis<br>- <input type="checkbox"/> Quiste<br>- <input type="checkbox"/> Cancer Ovario<br>- <input type="checkbox"/> Ligadura de tubos<br><input type="checkbox"/> Pancreas<br><input type="checkbox"/> Protesté<br>- <input type="checkbox"/> Cancer Protesté<br>- <input type="checkbox"/> TURP<br><input type="checkbox"/> Recto | <input type="checkbox"/> Piel<br>- <input type="checkbox"/> Carcinoma Célula Basal<br>- <input type="checkbox"/> Carcinoma Célula Squamous<br>- <input type="checkbox"/> Melanoma<br>- <input type="checkbox"/> Other: _____<br><input type="checkbox"/> Bazo<br><input type="checkbox"/> Testículos<br><input type="checkbox"/> Utero<br><input type="checkbox"/> Histerectomía<br>- <input type="checkbox"/> Fibroids<br>- <input type="checkbox"/> Cancer Utero<br>- <input type="checkbox"/> Cancer Cervical |
|--|--|---|--|
2. Cirugías de los ojos: incluya MM/YY:
- |                                      |                               |                                |                                 |   |                               |                                |                                 |
|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enucleación | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> LASIK          | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |
| <input type="checkbox"/> Parparos    | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> CirugíaOrbital | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |
| <input type="checkbox"/> Catarata    | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> Retina         | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma    | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: | <input type="checkbox"/> Estrabismo     | <input type="checkbox"/> Izq: | <input type="checkbox"/> Dcho: | <input type="checkbox"/> Ambos: |
- Otras Cirugías de los ojos (no indicados arriba), incluya MM/YY:
- \_\_\_\_\_
3. Usted o un familiar de sangre a tenido complicaciones de anestesia de algún tipo?  Yes  No
- \_\_\_\_\_

**Sección VII: Lista las personas con quien podamos discutir su información médica.:**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Cualquier comentario /# de teléfono

Nombre del Paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:	
----------------------	--	-----------------------------------	--

**Consent Statements**

1. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, doy mi consentimiento informado y voluntario ha Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx para que tomen fotografías y/o video del paciente nombrado para pre-operativo, intra-operativo, y post-operativo. Yo entiendo:
  - estas fotografías y/ o videos serán utilizados para enseñar el proceso de las transformaciones al público general en cuales incluyen pacientes actuales y a pacientes futuros,
  - estas fotografías y/ o videos serán utilizados para médico y fines de marketing que incluyen, pero no limitados a, revistas médicas, folletos, diseño de web, and publicidad,
  - no información identificativa será usada, incluyendo nombres, fechas de nacimiento, direcciones, o números de teléfono,
  - Cual quiera y toda fotografía tomadas serán solamente propiedad de Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons,
  - Esta autorización es completamente voluntaria
  
2. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, doy mi consentimiento informado y voluntario para el uso y divulgación de información privada de salud para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. Entiendo que como parte de mi salud, Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx sirugia origina y mantiene el papel y o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de examen y prueba, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Entiendo que esto sirve como:
  - Una base para la planificación de mi cuidado y tratamiento.
  - Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado.
  - Una fuente de información para la aplicación de mi diagnóstico y quirúrgico información a mi cuenta.
  - Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar Servicios facturados fueron proporcionadas y
  - Una herramienta para la asistencia sanitaria ordinaria como la evaluación de la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Si fuera necesario revelar mi información protegida a otra entidad para los fines mencionados, consentimiento para tal divulgación para éstos permiten usos, incluyendo la divulgación vía fax y transcripción.

He leído, revisado y aceptado cado uno de las declaraciones de consentimientos de cuales me han informado anteriormente.

Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente	Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente	Fecha
---	---	-------

**Declaración de Póliza de Oficina**

1. Su Contrato de seguridad es entre usted y su seguridad, su empleador y su compañía de seguridad. Nosotros NO somos parte de su contrato. Nuestra relación con usted, es de proveedor de salud para usted, no de su compañía de seguridad. Nosotros no nos podemos involucrar en disputas entre usted y su compañía de seguridad sobre cargos "Habitual y acostumbrados". Nuestro involucramiento será limitado solo para abastecimiento de información factual para facilitar el proceso de su reclamación de cobros.
2. Todos los cargos son su responsabilidad aunque pague o no pague su seguridad. No todos los servicios son beneficios cubiertos en su plan médico. Unas compañías de seguridad arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no cubren. Es la responsabilidad del/a paciente entender que es cubierto por su plan médico.
3. Cobros por servicios, y deducibles no pagados por completo y co-pagos son colectados al tiempo de servicio. Aceptemos efectivo, Visa, Master Card y Discover. Pacientes con balances pendientes tienen que tener arreglos de pagos para recibir más servicios. El/La paciente incurriera un cargo de \$35.00 por un cheque regresado por fondos insuficientes.
4. Todo paciente será considerado Pago por sí mismo si cual quiera condición siguiente existe:
  - a. Su seguridad no puede ser verificada
  - b. La seguridad ensena que el paciente no es inelegible
  - c. Si existe problema de coordinación de beneficios con la seguridad
5. Pacientes deberán de notificar prontamente nuestra oficina de cual quiere cambios en cubrimiento de seguridad, dirección de casa, nombre legal, o doctor referente.
6. Pacientes que falten sin avisar o cancelar a sus citas antes de 48 horas serán cobrados \$100. Cuando un paciente falta o cancela al último momento previene a otros pacientes que hagan cita en ese tiempo y afecta la calidad de cuidado que podemos ofrecerles. Cancelación de Citas dejadas en correo de voz no serán consideradas válidas y la cita perdida será marcada y cobrada como no-show. Estos cobros serán cobradas a la tarjeta crédito/debito que ténganos en archivo.
7. Pacientes que falten a su cita o tratamiento programado sin llamar para cancelar serán marcada CITA PERDIDA. Pacientes que tengan CITA PERDIDA dos (2) o más veces en un periodo de 12 meses, serán suspendidos de nuestra práctica y negados citas futuras.
8. Cancelación de Citas de Cirugía se requiere aviso por adelantado por lo menos siete (7) días de negocio, sin notificación el paciente será cobrado \$500.00.
9. Cobros de Registros médicos:
  - a. Registros médicos: De Doctor a Doctor : No Cobro
  - b. Registros médicos: Pedido por paciente: \$25.00 por las primeras 25 páginas; \$0.50 más por cada hoja adicional.
  - c. Registries medicos: Attorney’s Legal Matters, Insurance, etc.: \$50.00 plus handling charges
  - d. Formas FMLA/discapacidad que fueren llenados: \$25.00
  - e. Pago para estos servicios serán cobrados antes de entregarse/ser mandados.
10. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, autorizo a Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx que guarden mi tarjeta de crédito/debito para cargar co-pagos, balances de cuales yo soy responsable después que se apliquen cual quier pagos que mande mi seguridad, (hasta \$100.00), Y como de acuerdo y entendido citas marcadas pérdidas o cancelación sin aviso o citas canceladas en menos del tiempo pedido para la cirugía, igual cual quier cargo cosmético, o cargos aplicados a mi cuenta por Fondos insuficientes. (de cuales me informaron anteriormente).
11. Cual quier balance de paciente que lleve pasado más de 60 días recibirá un cobro y/o llamado para colector o a ser arreglos. Cual quier cuenta más de 120 días, nuestro negocio reserve el derecho de mandar su balance a una agencia de colección.
12. Yo, el paciente abajo firmante o guardián legal del paciente, autorizo a Aesthetic, Facial and Oculoplastic Surgeons, a.k.a. Eyeplastx que lancen toda la información necesaria para asegurar el pago para los beneficios de seguridad. Yo autorizo el uso de esta firma para todas las sumisiones con mi seguridad.

He leído, revisado y aceptado cada uno de las declaraciones de consentimientos de cuales me han informado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
 Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
 Firma del/a Paciente/ Guardián Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha