



1567 Palisade Avenue, Third Floor
Fort Lee, New Jersey 07024

MATRICULA DE INFORMACION DEL PACIENTE

(NAME) (DATE)
Nombre del Paciente: Fecha:

(DATE OF BIRTH) (AGE) (SEX)
Fecha de Nacimiento: Edad: S.S.#: Sexo: M / F

(PATIENT'S ADDRESS INFORMATION)
Direccion: Ciudad: Estado:

Cod. Postal: Telefono: Celular:

E-Mail: Referido Por:

(EMPLOYER'S INFORMATION)
Ocupacion: Empleador: Tel.:

Direccion: Ciudad: Estado: Cod.Postal:

(SPOUSE'S INFORMATION)

Espos(a): Fecha de Nacimiento: Edad:

(SPOUSE'S EMPLOYER'S INFORMATION)

Ocupacion: S.S.#:

Nombre de Empleador: Tel.:

Direccion: Ciudad: Estado: Cod. Postal:

(PRIMARY AND SECONDARY INSURANCE INFORMATION)

(1) Seguro Medico: I.D#: Group#:

Asegurado: No. de Telefono: Relacion al Asegurado:

(2) Seguro Medico: I.D#: Group#:

Asegurado: No. de Telefono: Relacion al Asegurado:

(EMERGENCY CONTACT)

En caso de una **Emergencia**, contacte:

(RELATIONSHIP) (HOME) (WORK)
Relacion: Casa: Trabajo:

Certifico que la información dada es correcta. Toda información compartida en este tratamiento es confidencial menos en circunstancias gobernadas por la ley HIPPA. Si quisiera que consulten con otro medico, necesitará firmar un "Consentimiento Informativo" anexo. Puedo revocar dicho permiso en cualquier tiempo. Autorizo que el pago sea hecho directamente al Palisade Plastic Surgery Associates y Dr. Paul Rosenberg, como beneficiario de los servicios médicos requeridos. Entiendo que soy responsable de cualquier balance que no sea cubierto por mi seguro medico.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o persona autorizada)

Cual es la razon principal de su consulta?/What is your main reason for the consultation?

HISTORIA MEDICA/PATIENT MEDICAL HISTORY:

Ha tenido o tiene actualmente algun problema medico?

Do you have any medical problems?

No Si/Yes

Por favor explique-If Yes, Please explain:

Sufre usted de cualquiera de las siguientes condiciones medicas, ahora o en el pasado? Do you suffer from any of the following medical conditions, now or in the past?

Presion alta/High Blood Pressure

No Si/Yes

Diabetes

No Si/Yes

Enfermedad Cardiaca/Heart Disease

No Si/Yes

Colesterol Alta/High Cholesterol

No Si/Yes

Derrame Cerebral/Stroke

No Si/Yes

Tiroides/Thyroid Disease:

No Si/Yes

If Yes, (circle one) Hiperactiva/Hypoactive Hipoactiva/Hyperactive

Asma/Asthma: If Yes, Last Attack?

No Si/Yes

Enfermedad Pulmonar/Lung Disease

No Si/Yes

Enfermedad de Rinon/Kidney Disease

No Si/Yes

Venas Varicosas/Varicose Veins, La flebitis o DVT (Sangre que se coagula en las venas de las piernas/Blood clots in leg veins)?

No Si/Yes

Cancer:

No Si/Yes

Tipo de cancer y tratamiento/ano/Specify cancer type & treatment/yr:

Melanoma

No Si/Yes

Ha tenido alguna transfusion de sangre?/Have you ever had a blood transfusion?

No Si/Yes

Otro (especifique)/Other (Please specify)

No Si/Yes

Hace usted ejercicio?/Do you exercise?

No Si/Yes

Ha tenido ulcera?/Have you ever had an ulcer?

No Si/Yes

Ha tenido Hepatitis?/Have you ever had Hepatitis?

No Si/Yes

Que tipo?/If Yes, What type? (circle one) A B C

Ha sido diagnosticado con HIV?/Have you been diagnosed with having HIV?

No Si/Yes

Ha estado usted bajo cuidado psiquiatrico o salud mental profesional?/Have you ever been under the care of a psychiatrist or other mental health care professional?

No Si/Yes

Por que razon?/If Yes, For what reason?

HISTORIA QUIRURGICA/PAST SURGICAL HISTORY:

Ha tenido cirujia plastica en el pasado?/Have you had plastic surgery in the past?

No Si/Yes

Que tipo?/Which type?

El nombre del Cirujano Plastico/Name of plastic surgeon:

El pueblo/la ciudad/el pais/Town/City/Country:

Cualquier complicacion?/Any complications?

No Si/Yes

Por favor explique/If Yes, Please explain:

Ha tenido otra clase de cirujia en el pasado? Por favor escribir las cirujias y complicaciones que ha tenido con cirujia o anestesia/Please list past surgeries and any complications of the surgery or anesthesia:

Procedimiento/Procedure, Mes/Ano/Month/Year:

Doctor/Lugar/Doctor/Place:

Complicacion(es)/Complication(s) if any:

Procedimiento/Procedure, Mes/Ano/Month/Year:

Doctor/Lugar/Doctor/Place:

Complicacion(es)/Complication(s) if any:

Es alergico(a) algun medicamento?/Are you allergic to any medication(s)? No Si/Yes

Por favor explique que tipo de reaccion y cual/Please explain which ones and what type of reaction you have:

HISTORIA FAMILIAR/FAMILY HISTORY:

Que miembro de su familia sufre de alguna condicion medica?/

Do any family members suffer from medical conditions:

Madre/Mother:	(Tipo de enfermedad/Illness Type: _____)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si/Yes
Padre/Father:	(Tipo de enfermedad/Illness Type: _____)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si/Yes
Hermano(s)/Brother(s):	(Tipo de enfermedad/Illness Type: _____)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si/Yes
Hermana(s)/Sister(s):	(Tipo de enfermedad/Illness Type: _____)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si/Yes
Hijos/Children:	(Tipo de enfermedad/Illness Type: _____)	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si/Yes

HISTORIA DE SANAMIENTO/HEALING HISTORY:

Experimenta demora para sanar sus heridas?/ No Si/Yes

Do you experience delayed healing of wounds?

Experimenta marcas? (Keloids, las cicatrices rojas y esparcidas)/ No Si/Yes

Do you experience poor scarring? (Keloids, red or widespread scars)

Te salen moretones facilmenta?/ No Si/Yes

Do you bruise easily?

CONFIRMACION/ATTESTATION:

Entiendo que, las preguntas en esta forma se han coniestado exactamente. Entiendo que si proporcionando informacion inexacta puede ponerse en peligro mi salud. Es mi responsabilidad de informar a la oficina de doctor de cualquier cambia en mi posicion medica.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(NOTICE OF PRIVACY PRACTICE-HIPAA)
NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS-HIPAA
Palisade Plastic Surgery Associates, Inc. y Paul H. Rosenberg, M.D., P.C.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Reconozco recibo y revisión de una copia de esta Nota, y de mi comprensión y mi acuerdo a sus términos. Me han ofrecido una copia de este documento para mi record si asi lo requiero.

Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO

Autorizo la entrega de información médica necesaria para procesar los reclamos correspondientes a mi compañía de seguros o analisis de laboratorio. Autorizo que mis resultados de patología sean provistos a mi médico quien utiliza todo los métodos de transmisión segura y confiable según las regulaciones de HIPPA.

Firma: _____

POLIZA FINANCIERA:

Su pago completo debe ser recibido dos semanas antes de su cirugía.

Yo acepto y autorizo a (la compañía de seguros) pagar y enviar cheque en su totalidad al beneficiario el Palisade Plastic Surgery Associates y Dr. Paul Rosenberg por los servicios medicos requeridos y aprobados por mi poliza de seguros. **ESTO ES UNA RELACION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLITICA.** Este pago no excederá mi deuda con el Dr. Rosenberg y yo he acordado pagar, en una manera actual, cualquier balance de dicho servicio profesionalque exceda el pago de mi seguro medico.

Una copia de este documento se considerará como efectiva y válida como la original. Autorizo al Dr. Rosenberg y su personal a iniciar cualquier queja al comisionado de seguro por cualquier razon en mi nombre.

FIRMA: _____

Acuerdo de Reembolso de Seguro y De Negación

Por la presente certifico que entiendo que se enviaran cobros en mi nombre a mi seguro. Dichos cobros pueden representar los servicios proporcionados por Paul H. Rosenberg, M.D., P.C., la clinica ambulatoria de Palisade Plastic Surgery Assoc. Inc. y/o el anesthesiólogo. Estos reclamos al seguro son independientes de cualquier pago de bolsillo hechos por mí, y entiendo que no deberé mantener dinero pagados por mi de seguro medico para estos propósitos.

Entiendo aún más que el médico no es un proveedor que participa con mi portador del seguro y el cheque de reembolso podria ser enviado a mí, el cual me comprometo a enviar al el Dr. Rosenberg. Conuerdo aún más que soy financieramente responsable de la cantidad completa más 1.5% de interés que empieza 30 días de haber recibido tales pagos.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Firma del Testigo: _____