

SILVIA ROTEMBERG, M.D.

DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF PLASTIC SURGERY
MEMBER AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS

7500 SW 87 Avenue* Suite: 201* Miami, Fl. 33173
Tel: (305) 274-5170* Fax: (305) 274-5172

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO: _____

TELEFONO DE LA CASA: () _____

TELEFONO DEL TRABAJO: (pdf) _____ # DE CELLULAR: _____

METODO PREFERIDO DE CONTACTO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ SEGURO SOCIAL: _____

ALTURA: _____ **PESO:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____

RAZON DE SU CONSULTA: _____

EMPLEADOR: _____ OCUPACION: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: () _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO: _____ TELEFONO: () _____

POR QUIEN FUE REFERIDO: _____

DADO DE ALTA Y ASIGNACIONES

Comprendo que soy responsable financieramente de todos los cargos incluyendo honorarios de abogados y cortes. En casi de que cuenta no sea cancelada, sera referida a una compania de recaudadores.

FIRMA REQUERIDA:

PACIENTE/ PADRES/ RESPONSIBLE: _____ **FECHA:** _____

**MARQUE LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA, SI NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA,
ESCRIBE "NO LO SE"**

Actualmente se esta atendiendo con el medico? SI ___ NO ___

En caso afirmativo, cual es las razon? _____

Esta tomando algun medicamento, sustancia o vitamin? SI ___ NO ___

Cuales? _____

Es alergico a algun medicamento o alimento? SI ___ NO ___

Cuales? _____

Es alergico a un metal o al latex? SI ___ NO ___

Esta embarazada o sospecha que podria estarlo? SI ___ NO ___

Usa algun medicamento anticonceptivo? SI ___ NO ___

Alguna vez recibio tratamiento o le han dicho que podria tener una enfermedad o afeccion cardiaca? SI ____ NO ____

En caso afirmativo, mencionarlas: _____

Tiene la presión arterial alta o baja? SI ____ NO ____

Tiene un marcapasos? SI ____ NO ____

Utilizo ACUTANE? SI ____ NO ____

En caso afirmativo, cuando? _____

Se ha tomado pastillas para adelgazar? SI ____ NO ____

Alguna vez tuvo una enfermedad grave o se le realize previamente a una cirugia? SI ____ NO ____

Mencionarlas: _____

Alguna vez le realizaron CIRUGIA PLASTICA? SI ____ NO ____

Mencionarlas: _____

Es usted diabetic? SI ____ NO ____

Tiene asma? SI ____ NO ____

Tiene problemas de riñon o de higado? SI ____ NO ____

Tiene antecedentes de apnea del sueño? SI ____ NO ____

Es usted VIH POSITIVO? SI ____ NO ____

Usted sangra excesivamente después de ser cortado o herido? SI ____ NO ____

Tiene algún trastornos de la sangre? SI ____ NO ____

En caso afirmativo, cuales? _____

Tiene o ha tenido T.B. (Tuberculosis)? SI ____ NO ____

Fumas Tabaco? SI ____ NO ____

Consumo bebidas alcoholicas? SI ____ NO ____ Con que frecuencia? _____

Aceptaria una transfusion de sangre en caso de emergencia? SI ____ NO ____

habitualmente utilizas marihuana o cualquier otra sustancia ilegal? SI ____ NO ____

Tiene alguna enfermedad, afeccion o problema no mencionado? SI ____ NO ____

Cuales son? _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION QUE ANTECEDE ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PACIENTE/RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

**CONVENIO DE PRIVACIDAD MUTUO DE ROTEMBERG PLASTIC SURGERY/MIAMI CENTER FOR
ADVANCED PLASTIC SURGERY**

La Dra. Rotemberg y Miami Center for Advanced Plastic Surgery/Rotemberg Plastic Surgery (a quienes en adelante se les referira colectivamente como "El Medico") convienen en proporcionar tratamiento a _____ (en adelante referido como "El Paciente"). El Medico se enorgullece de poder extender un nivel de privacidad superior al requerido por la ley.

Nada de lo contenido en el format previene que el paciente hable en privado acerca de su atencion con otro Medico, miembro de su familia o amigo. De hecho, el paciente puede hablar con terceros; sin embargo, si la informacion se pretende revelar al dominio publico, se requerira una pre-autorizacion por escrito de nuestra oficina, asi de simple. El idioma por tanto se balancea con los derechos legitimos del paciente con el medico.

Las leyes federales y estatales sobre privacidad son complejas. Desafortunadamente, algunos consultorios medicos tartan de encontrar trampas juridicas en estas leyes. Por ejemplo, la ley prohíbe a los medicos recibir dinero por vender listas de pacientes o informacion medica a companias para que comercialicen sus productos o servicios directamente a los pacientes sin autorizacion. Sin embargo, algunas practicas medicas pueden legalmente sortear esta limitacion al tener un tercero que realice esta comercializacion. Aunque los datos personales nunca estan tecnicamente en posesion de la compania que vende sus productos o servicios, el paciente puede de cualquier forma ser encontrado mediante informacion commercial no deseada. El medico cree que esta practica es inapropiada y no es conviene para el paciente. Asimismo, el Medico conviene en que no proporcionara informacion medica con el fin de que se comercialice directamente con el paciente. Sin importar las trampas legales que se pueden ejercer sobre privacidad, el medico nunca intentara favorecer su relacion con el paciente al buscar el consentimiento del paciente para la comercializacion de productos por parte de terceros.

En relacion al tratamiento y proteccion del paciente como se menciona en el parrafo anterior, el Paciente conviene en abstenerse de publicar o transmitir de manera directa o indirecta ningun comentario acerca del medico y su practica, especialidad y/o tratamiento- las unicas excepciones son la comunicacion con un cuerpo confidencial de revision medica similar; con otro proveedor de servicios medicos; con un abogado sutorizado; con una agencia gubernamental; en el context de un procedimiento legal; o a menos que lo demande la ley. La publicacion se refiere a la inclusion del nombre por seudonimo o anonimamente. Si el paciente prepara un comentario para publicar acerca del Medico, el paciente transferira todos los derechos intelectuales, incluidos derechos sera efectiva a partir de la creacion del comentario, antes de su publicacion. El medico ha invertido una cantidad considerable de recursos financieros y comerciales en el desarrollo de su practica. Los comentarios publicados en paginas web, blogs y/o correspondencia masiva, aunque bien intencionada, podria denar seriamente la practica de medico.

El medico considera de extrema importancia ejercer su derecho a controlar su imagen publica. El Medico y el Paciente trabajaran para prevenir que se publique o ventile algun comentario acerca de la otra mediante internet, blogs, u otros medios electronicos, impresos o de diffusion sin un consentimiento previo por escrito. El paciente hara todos los esfuerzos razonables para evitar que cualquier miembro de su familia inmediata o conocido se comprometan en dicha actividad. Finalmente, este convenio entrara en vigor y sera ejecutable por un periodo de cinco anos a partir de la ultima fecha en que el medico presto sus servicios al paciente o (b) por tres anos posteriores a la fecha de terminacion de la relacion Medico-Paciente. Como politica del consultorio, el medico esta requiriendo que todos los pacientes atendidos firmen el Convenio Mutuo para establecer que la publicacion o difusion de cualquier comentario anonimo o seudonimo sea cubierta por este convenio para todos los pacientes del Medico. Ademias, este convenio

prevalecera en vigor por un minimo de tres anos posteriors a cualquier terminacion de la relacion Medico-Paciente.

El paciente y el Medico reconocen que cualquier violacion los terminus de este Convenio puede resultar en un dano serio e irreparable. Ademas de la compensacion por los danos que resulten, el Paciente y el Medico acuerdan en el derecho de la recurso equitativo. Si la violacion a este convenio resulta en litigacion, la parte prevalente en la litigacion tundra derecho a costos, gastos y honorarios del abogado razonables asociados con la litigacion.

El paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir explicaciones adecuados y satisfactorias sobre el contenido de este convenio.

Dr. Silvia Rotemberg/ Rotemberg Plastic Surgery/ Miami Center for Advanced Plastic Surgery

Firma Del Paciente: _____ **Fecha:** _____

AVISO A TODOS LOS PACIENTES

Su plan de salud tiene regulaciones específicas que debe cumplir el fin para que usted pueda evitar la responsabilidad del pago total de los servicios prestados por nuestro médico.

REFERENCIAS: Participamos con muchos planes de salud. Es su responsabilidad como paciente de darnos una canalización actualizada en el día de su cita programada. Nuestra oficina no se hace responsable de obtener referencias. Si no tenemos una referencia de archivo en la fecha de su cita programada, su cita será reprogramada para una fecha posterior. Para evitar este problema, le sugerimos que contacte a su médico primario por adelantado.

FORMAS DE PAGO: aceptamos dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover, American Express, y cheques personales.

POLÍZA DE CANCELACIÓN: Por favor, sea cortés y nos llama si usted no puede hacer su cita con 24 horas de antelación. Esto nos permite ver a otros pacientes que pueden estar en necesidad de nuestros servicios. Una cuota de \$35 por no cancelar con anticipación será cobrada por citas perdidas a discreción del director de la oficina.

FORMULARIOS: Hay un cargo de \$20 para completar cualquier formulario no relacionados con los seguros de discapacidad, un jurado o de la escuela.

FACTURA DE CUOTA: Co-pagos, co-seguros y deducibles deben ser pagados en el momento que se prestan los servicios. Habrá una tarifa de facturación de \$10 por cada declaración que debe ser generada cuando su cuenta se ha convertido en más de 60 días. **Todas las consultas cosméticas tienen una cuota de \$50, debido al tiempo de servicio.**

RESULTADOS DE PRUEBAS: Dr. Rotemberg puede requerir una visita de seguimiento para revisar y discutir cualquier diagnóstico de los resultados de pruebas o patología.

HIPPA: A su solicitud, se le proporcionará una copia de la póliza de aislamiento.

Por último, este es su plan de seguro. Por favor, familiarizarse con todas las reglas del plan de salud que está afiliado actualmente. Su compañía de seguros le enviará por correo un resumen de los cargos, pagos, negaciones o solicitudes de información adicional. Por favor, revise toda la correspondencia de seguros.

Por favor firme y devuelva este formulario a la recepción después de leerlo. Si tienes alguna pregunta, no dude en hablar con uno de nuestro personal.

He leído y comprendido la información anterior.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Aviso De Privacidad Reconocimiento

Dr. Silvia Rotemberg

Uso de oficina solamente:

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Fecha: _____ Intento: _____

Nombre De Empleado: _____

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que han recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)

Fecha

Firma

El consentimiento del paciente para el uso de tarjetas de crédito, tarjeta de débito, y Financiación -
La revelacion de información de salud protegida

Puede que sea necesario revelar su información médica protegida a las compañías de tarjetas de crédito o debito, bancos y compañías de financiamiento, cuando se le solicite, para facilitar su pago.

Servicios que se realizan que son pagados con una tarjeta de crédito, tarjeta de débito, o con una compañía de financiación no son elegibles para los retos de pago después de los servicios son previstos. Al firmar este formulario, estoy irrevocablemente dando mi consentimiento para permitir que **ROTEMBERG PLASTIC SURGERY/MIAMI CENTER FOR ADVANCED PLASTIC SURGERY** use y revele mi información de salud protegida a cualquier compañía tarjeta de crédito, banco o empresa de financiación cuando soliciten mi información para procesar una cuenta y ayudar con el pago.

_____ No voy a cuestionar tales pagos de crédito, de débito o de financiación una vez que se prestan los servicios. La práctica promueve el cuidado médico después de la operación completada y la interacción de seguimiento para hacer frente a cualquier problema que pueda surgir, que se abordan en la Poliza de revisión.

_____ Estoy de acuerdo en que este acuerdo es irrevocable.

Nombre Del Paciente

Firma Del Paciente or Responsable

Fecha

CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA, GRABACION O PUBLICACION

Yo, _____ acepto participar voluntariamente y doy la autorización para aparecer en películas, fotografías, filmaciones y / o entrevistas de **Miami Center for Advanced Plastic Surgery/Rotemberg Plastic Surgery** Relaciones Públicas y Publicidad. Yo doy consentimiento para el uso ilimitado de dicho producto o entrevista en las publicaciones de MCAPS / Rotemberg Plastic Surgery y / o página web, medios sociales, informes de los medios de noticias, periódicos, revistas,

televisión o radio, carteles o cualquier tipo de publicidad. Yo doy consentimiento de liberar al Miami Center for Advanced Plastic Surgery, sus agentes y empleados de toda responsabilidad en relación con lo anterior. Yo renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto final o la publicidad o la otra copia que puede ser utilizado en relación con lo anterior. Doy mi consentimiento y autorizo a lo anterior sin expectativas de retribución a mí ahora o en el futuro, y esto será vinculante para mis herederos, representante personal y cesionarios. Estoy de acuerdo en permitir que mis registros sean revisados por otros médicos de Miami Center for Advanced Plastic Surgery con el objeto de revisiones por pares.

Nombre Del Paciente

Firma Del Paciente

Fecha