

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: () _____ # 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 caso 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, mencionarlal: _____

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 cirugía? 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/RESPONSIBLE: _____ FECHA: _____

La Dra. Rotemberg y Miami Center for Advanced Plastic Sugery/Rotemberg Plastic Surgery (a quienes en adelante se les referia 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 reveler 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 sober privacidad, el medico nunca intentara favorecer su relacion con el paciente al buscar el conentimiento 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 ejetuable por un perido de cinco anos a partir de la ultima fecha en que el medico presto sus servicios al paciente o (b) por tres anos posteriors 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. Ademas, 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, cheques personales, y tarjetas de crédito. (Visa, MasterCard, Discover, American Express).

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 \$25 para completar cualquier formulario de trabajo, FMLA, 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 \$55, 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

Formulario de Autorizacion de HIPAA

Nombre del Paciente	Numero de Social Security del Paciente
Direccion	Muerte del Paciente
Cuidad, Estado y Codigo Postal	Telefono del Paciente

Por la presente autorizo el uso o divulgación de información de salud protegida sobre mí como se describe a continuación.

1. La siguiente persona / practica está autorizada para usar o revelar información sobre mí:

2. La siguiente persona puede recibir mi información de salud protegida:

Nombre

Direccion

Cuidad, Estado, y Codigo Postal

3. La información especifica que debe de ser revelada sobre mis datos de salud es:

AL MENOS DE QUE FIRME AQUÍ, NO HABRÁ INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE ALCOHOL / SUSTANCIAS, VIH / SIDA O SALUD MENTAL:

SÍ, REVELE ESTA INFORMACIÓN * _____

NO, NO REVELE ESTA INFORMACION * _____

4. Entiendo que la información utilizada o revelada puede estar sujeta a la re-divulgación por parte de la persona que la reciba, y entonces ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

5. Puedo revocar esta autorización notificando _____ Por escrito de mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en dependencia de esta autorización no puede ser revertida, y mi revocación no afectará a esas acciones.

6. Mi propósito / uso de la información es para _____ .

7. Esta autorización expira el día _____, 20____, O al ocurrir el siguiente evento que se relacione conmigo o con el propósito del uso o revelacion de información sobre mí:_____.

COSTO POR COPIAS: Las leyes federales y estatales permiten que se cobre un cargo por la copia de los expedientes del paciente. Es posible que se le pida que pague por adelantado las copias; Si no, entonces sus copias serán enviadas junto con una factura.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO COMPLETAMENTE ANTES DE FIRMAR - tenga en cuenta que la firma se requiere en dos lugares. *

_____	_____	_____
Firma del Paciente	Fecha	Fecha de Nacimiento

O, si es aplicable -

Firma del Guardian

Fecha

Descripción de Autoridad para Actuar
Para el individuo

Una copia de este formulario completado, firmado y fechado debe ser entregado al individuo oa otro firmante.

Official Use Only

Received

Processed By

Log #

ROTEMBERG PLASTIC SURGERY/MIAMI CENTER FOR ADVANCED PLASTIC SURGERY

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 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 Políza 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

Consentimiento de Correo Electronico

El LLC y sus empleados deben de ser referidos a lo largo de este consentimiento como "Proveedor".

1. Riesgo de la utilización de correo electrónico para comunicarse con su proveedor:

El proveedor ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de iniciar una comunicación de correo electrónico. Estos son algunos de los riesgos:

- a) Correos electrónicos pueden circular y ser almacenados en numerosos papeles y archivos electrónicos.
- b) Correos electrónicos puede ser inmediatamente emitidos por todo el mundo y ser recibidos por destinatarios no deseados.
- c) Remitentes de correo electrónico pueden fácilmente ingresar una dirección de email
- d) incorrecta.
- e) Correos electrónicos facilitan el falsificar documentos escritos a mano o documentos firmados.
- f) Pueden existir copias de seguridad de los documentos incluso después que el remitente o destinatario haya eliminado su copia.
- g) Los empleadores y servicios de internet tienen derecho de archivar e inspeccionar correos electrónicos transmitidos a través de su sistema.
- h) Correos Electrónicos pueden ser interceptados, alterados, o utilizados sin autorización o sin ser detectados.
- i) Correos Electrónicos pueden ser utilizados para introducir virus en el sistema computarizado.
- j) Correos Electrónicos puede ser utilizado como prueba en los Tribunales de Corte.

2. Condiciones para el uso de Correo Electrónico:

El Proveedor debe proteger razonablemente la seguridad y confidencialidad de la información del correo electrónico enviado y recibido. No obstante, debido a los riesgos descritos anteriormente, el proveedor no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación del correo electrónico y no es responsable por divulgación inapropiada de información confidencial que no fue causada por mala conducta intencional del proveedor. Así que, los pacientes deben dar consentimiento del uso de correo electrónico para enviar información del paciente. Consentimiento para usar correo electrónico incluye estar de acuerdo con las siguientes condiciones.

- a) Correos Electrónicos enviados por paciente o al paciente sobre diagnósticos o tratamiento será impreso y archivado en el expediente médico del paciente ya que son parte del expediente, y de esa manera otras personas autorizadas pueden obtener acceso a los correos.
- b) El proveedor puede re-enviar correos electrónicos internamente al personal y agente necesario para el diagnóstico, tratamiento, reembolso, u otros manejos. El Proveedor, sin embargo, no re-enviara correos electrónicos a independientes o terceras personas sin el previo consentimiento por escrito del paciente, excepto si es autorizado o requerido por la ley.
- c) El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico. El Proveedor no es responsable por infracciones de confidencialidad causadas por el paciente o terceras personas.
- d) El proveedor no deberá de participar de ninguna comunicación de índole ilegal, tal como practicar ilegalmente la medicina fuera del área del estado.
- e) Es la responsabilidad del paciente dar seguimiento o programar una cita.

3. Responsabilidades e Instrucciones del Paciente:

Al comunicarse por correo electrónico el paciente deberá:

- a) Limitar o evitar el uso de la computadora de su empleo.
- b) Informar al proveedor de cambios en su dirección de correo electrónico.
- c) Confirmar que ha recibido y leído el correo electrónico del proveedor.
- d) Escribir el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- e) Incluir la categoría de la comunicación en la línea del tema, para propósitos de enrutamiento (ej. facturación , preguntas, etc.).
- f) Tomar precauciones para mantener la confidencialidad del correo electrónico, tales como protección de la pantalla y protección de contraseña.
- g) Retirar consentimiento solamente por correo electrónico u otra comunicación por escrito al proveedor.

4. Terminación de la relación del correo electrónico

El proveedor deberá tener el derecho a terminar inmediatamente la relación de correo electrónico si es determinado a la discreción del proveedor, que han violado los términos y condiciones establecidas previamente o han violado este acuerdo, o si han adoptado un comportamiento inaceptable por el proveedor.

ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Yo he analizado con el Proveedor o su representante y doy consentimiento que he leído y entendido esta forma de consentimiento de Correo Electrónico. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico entre el proveedor y mi persona, y doy consentimiento a las condiciones en este documento. Estoy de acuerdo a las instrucciones expuestas en este documento, al igual que cualquier otra instrucción que mi Proveedor pueda imponer para comunicarse con pacientes por correo electrónico. Cualquier pregunta que tenía ya fueron contestadas.

Nombre del Paciente _____ (Letra de Imprenta)

Firma del Paciente _____ Fecha _____

EXIMIR DE RESPONSABILIDAD

Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad el proveedor y sus administradores, agentes, directores, empleados, proveedores de información y diseñadores y mantenedores de sitios web, contra todas las pérdidas, gastos, daños y costos, incluyendo honorarios razonables de abogados, relacionados con o derivados a cualquier pérdida de información debido a fallo técnico, mi uso del internet para comunicarme con el Proveedor y/o cualquier incumplimiento de estas restricciones y condiciones.

Nombre del Paciente _____ (Letra de imprenta)

Firma del Paciente _____ Fecha _____