

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 POSTAL: _____

TELEFONO DE LA CASA: () _____ TELEFONO DEL TRABAJO: () _____

TELEFONO 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: _____

ASIGNACIONES DEL MÉDICO

**** SI SU SEGURO REQUIERE UN REFERIDO PARA SU CONSULTA CON LA DRA. ROTEMBERG, ES SU RESPONSABILIDAD DE TRAER EL REFERIDO A NUESTRA OFICINA. SI SU SEGURO NIEGA EL PAGO - DEBIDO A NO TENER REFERIDO – USTED, EL PACIENTE, ACEPTA PAGARLE A LA DRA. ROTEMBERG POR COMPLETO CUALQUIER CARGO DURANTE SU VISITA. ****

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por mí, y acepto que, en caso de que esta cuenta se envíe a cobros, paguare todos los gastos de cobro.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **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 ___

Tienes 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 ____

Consumes 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: _____ **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.

FORMAS DE PAGO: aceptamos dinero en efectivo, Visa, MasterCard, Discover, American Express, CareCredit, y cheques personales. **Tenga en cuenta que hay una tarifa de procesamiento del 3.5% para todos los cargos de tarjeta de crédito.**

POLÍZA DE CANCELACIÓN: Por favor, sea cortés y nos llama si usted no puede hacer su cita con 48 horas de antelación. Esto nos permite ver a otros pacientes que pueden estar en necesidad de nuestros servicios.

FORMULARIOS: Hay un cargo de \$25 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 \$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.

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 AUTORIZACIÓN HIPAA

Reconozco que debido a las leyes de HIPAA, se requiere que mi médico obtenga un consentimiento por escrito para divulgar cualquier Información de salud privada en presencia de otra persona que no sea yo.

Por favor, compruebe la línea correspondiente:

- _____ **AUTORIZO** que la Dra. Rotemberg discuta los detalles de mis registros médicos / registros financieros con:
_____(Imprime el nombre de la persona autorizado)
- **Relación (de persona autorizada) con el paciente:** _____
- _____ **NO AUTORIZO** que la Dra. Rotemberg discuta los detalles de mis registros médicos / registros financieros con nadie más que yo.

Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)

Fecha

Firma

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 y 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.

_____ Entiendo en que este acuerdo es irrevocable.

Nombre Del Paciente

Firma Del Paciente or Responsable

Fecha

CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA, GRABACION O PUBLICACION

Yo, _____ reconozco que la Dra. Rotemberg tomara fotos de mi por razones médicas.

_____ **YO PERMITO** que la Dra. Rotemberg use mis fotografías para aparecer en filmaciones, fotografías, videgrabaciones y / o entrevistas para relaciones públicas y publicidad. Doy mi consentimiento para el uso ilimitado en publicaciones y / o sitios web, redes sociales, informes de noticias, periódicos, revistas, televisión o radio, vallas publicitarias o cualquier tipo de publicidad.

_____ **NO PERMITO** que la Dra. Rotemberg use mis fotografías para aparecer en filmaciones, fotografías, filmaciones y / o entrevistas para relaciones públicas y publicidad

Firma Del Paciente or Responsable

Fecha

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 _____