

Initial COS Visit SP Packet

- **Patient copies of post-op instructions are on top of the packet.**
- **If more than one page, staple them together and place one patient label on the first page only.**
- **No need to hole punch patient copies of post-op instructions. Just place instructions inside the chart.**

**PELOSI MEDICAL CENTER
PATIENT CLINICAL SUMMARY**

MEDICAL HISTORY	
Date of Onset	Medical Condition

SURGICAL HISTORY			
Date	Surgical Procedure	Date	Surgical Procedure

MEDICATIONS & SUPPLEMENTS					
Medication	Date Started	Date Stopped	Medication	Date Started	Date Stopped

ALLERGIES/SENSITIVITIES (Drugs, Materials, Food, or Environmental Factors)	
<input type="checkbox"/> No known allergies/sensitivities and other reactions to drugs, materials, food, or environmental factors	
Allergen/Sensitivity	Type of Reaction

Date Updated	Signature

Date Updated	Signature

Pelosi Medical Center
INFORMACIÓN DEL PACIENTE ACTUALIZADA

(Escribir en letra impresa)

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Prefiero: _____ Apellido de soltera: _____ Srta./Sra./Sr. _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Seguro Social #: ____ - ____ - ____ Raza: _____

Estado Civil: Divorciado Casado Soltero Viudo Separado

Licencia de Conducir #: _____

¿Tiene un testamento en vida? Si No ¿En caso afirmativo, tiene usted una Directiva de Proxy? Si No

En caso afirmativo, nombre del Proxy (Healthcare Representative): _____

¿Tiene un Directiva de Instruccion? Si No

Lengua Materna: _____ Religión: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: () ____ - ____ Trabajo: () ____ - ____ Celular () ____ - ____

Nombre del Empleador: _____ Dirección del Empleador: _____

Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Metodo preferido en el que podemos contactarte: Correo electrónico Mensaje de voz Mensaje de texto Message

Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____ Tel #: _____

INFORMACIÓN DE LA VISITA

¿Por qué ha venido al consultorio hoy?

GINECOLOGIA Examen Anual Problema _____

Si ha venido por algún problema, sírvase explicarlo: _____

ESTETICA: Consulta Estética Procedimiento Estético

Pelosi Medical Center

Cuestionario de Evaluación de Salud Femenina

NOMBRE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Marca el casillero apropiado para cada síntoma que estés experimentando.

SYMPTOMS	NING	LEV	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Agotamiento físico (fatiga, falta de energía, vigor o motivación)	<input type="checkbox"/>				
Problemas de sueño (dificultad para conciliar el sueño o dificultad para dormir durante toda la noche)	<input type="checkbox"/>				
Irritabilidad (cambios de ánimo, agresividad, te enojas con facilidad)	<input type="checkbox"/>				
Ansiedad (sensación de agobio, pánico o nerviosismo)	<input type="checkbox"/>				
Disminución del deseo o del interés (pérdida del "entusiasmo por la vida", sensación de desánimo o tristeza)	<input type="checkbox"/>				
Síntomas en articulaciones y músculos (dolor de articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después de hacer ejercicio)	<input type="checkbox"/>				
Dificultades con la memoria (concentración, encontrar la palabra correcta o retener información)	<input type="checkbox"/>				
Dequedad en la vagina o dificultad con el acto sexual	<input type="checkbox"/>				
Problemas sexuales (cambios en el deseo, en la actividad sexual, en el orgasmo y/o en la satisfacción)	<input type="checkbox"/>				
Sudoración (sudoración nocturna o mayor cantidad de episodios de sudoración)	<input type="checkbox"/>				
Sofocos (sensación repentina de calor que comienza en el pecho y dura poco tiempo)	<input type="checkbox"/>				
Caída de Cabello, devilitamiento o cambio en la textura del cabello	<input type="checkbox"/>				
Sentir frío todo el tiempo, tener las manos o los pies fríos	<input type="checkbox"/>				
Dolores de cabeza o migrañas (aumento de frecuencia o intensidad)	<input type="checkbox"/>				
Peso (dificultad para bajar de peso a pesar de la dieta y el ejercicio)	<input type="checkbox"/>				
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar)	<input type="checkbox"/>				

Oras síntomas o circunstancias de salud únicas a considerar:

PELOSI MEDICAL CENTER
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
ACKNOWLEDGEMENT

Attachment 06.09(a)

Entiendo que conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico promulgada en el año 1996 ("HIPAA" por sus siglas en inglés) tengo ciertos derechos de privacidad en relación con mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y podrá usarse para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y controles posteriores entre los múltiples proveedores de salud involucrados en mi tratamiento, directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros.
- Llevar a cabo las operaciones normales de asistencia médica, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Confirmando que he recibido su *Información sobre las Prácticas de Privacidad* conteniendo una descripción más completa sobre cómo usar y revelar mi información médica. Entiendo que el Pelosi Medical Center tiene derecho a modificar su *Información sobre las Prácticas de Privacidad* y que puedo acudir en cualquier momento al Centro ubicado en la dirección que se señala en el membrete y obtener un ejemplar actualizado de la *Información sobre las Prácticas de Privacidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes limiten la forma cómo usar o revelar mi información privada para realizar un tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica. Entiendo, asimismo, que ustedes no están obligados a aceptar mis restricciones; sin embargo, en el caso de hacerlo, deberán sujetarse a ellas.

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Nombre)

Relación con el Paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Family members or others you authorize us to discuss your protected health information with:

Apellido: _____ Nombre: _____

Tel #: _____ Esposo Hijo/Hija Padre Otro, especificar _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Tel #: _____ Esposo Hijo/Hija Padre Otro, especificar _____

Para uso exclusiva del consultorio

No me fue posible obtener la firma del paciente como confirmación de recepción de la presente Notificación sobre las Prácticas de Privacidad por lo siguiente:

Razón:

Fecha: _____ Iniciales: _____

Pelosi Medical Center

HISTORIA DEL PACIENTE

FECHA: __/__/__

Si se siente incómodo respondiendo alguna de las preguntas, déjelas en blanco; puede discutir las con su doctor o enfermero(a).

HISTORIA MÉDICA PASADA

Enfermedad	Fecha	Enfermedad	Fecha

CIRUGÍAS PASADAS (INCLUYE CIRUGÍA COSMÉTICA)

Nombre De la Operación	Fecha	Nombre De la Operación	Fecha

MEDICAMENTOS ACTUALES

(Incluir hormonas, vitaminas, hierbas, medicamentos sin prescripción)

Nombre de la Medicina	Quien la Prescribió	Nombre de la Medicina	Quien la Prescribió

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES (MEDICACION, ALIMENTOS, & MEDIO AMBIENTE)

Alergia	Tipo de Reacción

Sin Alergias o Sensibilidades Conocidas

HISTORIA ALCOHOL Y TABACO

	Nunca	Actual	Antes	Edad que Empezó	Edad que Paro	Cantidad Usada al Día
Alcohol						
Tabaco						

RIESGO DE INFECCIÓN

Expuesto a:	Posiblemente Expuesto a:	Sí	No
Hepatitis B			
HIV			
Tuberculosis			
		Riesgo de Infección Desconocido <input type="checkbox"/>	

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FORMULARIO COMPLETADO POR: PACIENTE ASISTENTE MÉDICO OTRO

Pelosi Medical Center
CARTA DE DERECHOS DEL PACIENTE

En reconocimiento de nuestra responsabilidad en la prestación de la atención al paciente, estos derechos y obligaciones se afirman en las políticas y procedimientos de Pelosi Medical Center.

El paciente tiene el derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.
- Estar informado de su derecho a cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
- Se precisa notificación de la acreditación de la instalación, lo que refleja AAAHC como entidad acreditadora
- Sepa que cualquier operación de comercialización o publicidad relativa a la competencia y las capacidades de la organización no es de ninguna manera engañosa para el paciente.
- Sepa con quién está proporcionando servicios médicos y la disponibilidad de otros proveedores calificados si el cambio se solicita.
- Sepa cuáles son los servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluyendo si hay un intérprete disponible si él/ella no habla Inglés.
- Sepa cuáles son las reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
- Que se le dé, el proveedor de atención de la salud, la información sobre el diagnóstico, planificado curso de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico.
- Recibir acceso imparcial al tratamiento médico oa instalaciones independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- Reciba tratamiento para cualquier condición de emergencia médica que puede deteriorarse si no para proporcionar tratamiento.
- Saber si el tratamiento médico es para fines de experimentación / investigación y para dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, salvo que esté contraindicado por la preocupación por su salud.
- Participar en una adecuada evaluación y tratamiento del dolor.
- Rechazar el tratamiento, excepto en los casos previstos por la ley.
- Recibir, previa solicitud, la información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado.
- Conocer, a solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o centro de atención de salud acepta la tarifa asignada de Medicare.
- Recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, un estimado razonable del costo de la atención médica.
- Recibir una copia de razonablemente clara y comprensible, factura detallada y, previa solicitud, para hacer cargas explicar.
- Tenga en cuenta antes de la atención en el caso de las instalaciones de los proveedores no tienen seguro de mala praxis.
- Agravios expresa respecto a cualquier violación de sus derechos o ella, como se indica en el estado aplicable y / o la ley federal, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o centro de atención médica, lo que le sirvió o ella, y al correspondiente estado de licencias de agencia.

Como paciente tienes la responsabilidad de:

- Proporcionar, según su mejor conocimiento, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. Usted tiene la responsabilidad de reportar cambios inesperados en su condición al profesional responsable. Como paciente, usted es responsable de informar si comprende un curso de acción médica contemplado y lo que se espera de usted
- Reportar la insatisfacción con la calidad de la atención o el servicio prestado.
- Siga el plan de tratamiento recomendado por el médico principal responsable de su cuidado. Esto puede incluir: seguir las instrucciones de las enfermeras y el personal de salud aliado a medida que llevan a cabo el plan coordinado de atención, implementan las órdenes del profesional responsable y hacen cumplir las reglas y regulaciones aplicables de la instalación.
- Acuda a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notifique al profesional responsable.
- Sea responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional.
- Siga las reglas y regulaciones que afectan el cuidado y la conducta del paciente.
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal. Tanto usted como su decisor tienen la responsabilidad de ser respetuosos con la propiedad de otras personas y del Centro. El lenguaje verbalmente abusivo y la conducta verbal perturbadora no son aceptables, y si continúa después de una solicitud de detención, se le pedirá a usted o sus visitantes que abandonen los terrenos o que sean escoltados de las instalaciones por el Cumplimiento de la Ley.

Preguntas y Quejas

- Si tiene alguna inquietud sobre la atención que recibe en este centro, llame al director de la institución médica en 201-858-1800.
- Tiene derecho a informar cualquier inquietud sobre seguridad al New Jersey Department of Health al 800-792-9770 o PO Box 367, Trenton, NJ 08625.
- Tiene derecho a informar cualquier inquietud de seguridad a la Accreditation Association for Ambulatory Healthcare de la Salud al: 5250 Old Orchard Road, Suite 200, Skokie, IL 60077. Tel: 847.853.6060. Correo electrónico: info@aaahc.org
- Para obtener información sobre la cobertura de Medicare, llame al 800-MEDICARE (800-633-4227) o comuníquese con: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 7500 Security Blvd, Baltimore, MD 21244.
- Para obtener información sobre la cobertura de Medicaid, puede comunicarse con el Coordinador de Beneficios de Salud del Estado para Medicaid y / o NJ FamilyCare al número gratuito 1-800-701-0710. Los miembros con problemas de audición pueden llamar al número TDD / TTY al 1-800-701-0720.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Imprime tu nombre _____

Pelosi Medical Center
ACUERDO FINANCIERO DE CIRUGIA ESTÉTICA

FECHA DE CONSULTA: ___/___/___

PROCEDIMIENTO	COSTO*
1. _____	\$ _____
2. _____	\$ _____
3. _____	\$ _____
4. _____	\$ _____
5. _____	\$ _____
6. _____	\$ _____
Costo de clinica	\$ _____
Costo de la anestesia	\$ _____
TOTAL	\$ _____
MENOS (-) EL DEPOSITO	\$ -
SALDO A PAGAR	\$ _____

*Estos costos están sujetos a todos los impuestos aplicables

Formas de Pago

- Efectivo, cheques personales, cheques de caja, cheques de viajero, y giros postales. There will be a \$20.00 service charge on returned checks.
- Tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, American Express y Debit Cards.
- El financiamiento está disponible a través www.CareCredit.com.

El Costo de Cirugía

El día de la consulta constituye la fecha del acuerdo de financiero. Los costos quirúrgicos presupuestados permanecerán vigentes, siempre que, (1) la cirugía se programe y el depósito se pague dentro de los seis meses contados a partir de la fecha del presupuesto, (2) la cirugía se practique dentro de los seis meses de efectuado el presupuesto y (3) el peso del paciente no haya aumentado excesivamente (mas de 5%) después de la fecha del acuerdo financiero. El saldo restante debe pagarse a más tardar DOS (2) días antes de la cirugía. El saldo de la cuota total debe ser pagado por lo menos **UNO (1) MES antes de la fecha de la cirugía.**

Depósito Para Reservar el Dia De Cirugía

Para reservar un día para su cirugía, se requiere un depósito \$500.00. Esto se atribuye a su costo de la cirugía real.

Iniciales de Paciente: _____

Pelosi Medical Center
ACUERDO FINANCIERO DE CIRUGIA ESTÉTICA

Cancelaciones y Reembolsos

Es importante el entender que el Pelosi Medical Center tiene que hacer arreglos especiales por adelantado con el cirujano el equipo quirúrgico, el anestesista, y ordenar específicamente materiales médicos y medicaciones para el día de su cirugía. Si usted no aparece para su cirugía el día de operación o no cancela la cirugía por adelantado, (dos semanas antes del día de su cirugía), el Pelosi Medical Center incurre en una gran pérdida económica porque no hay tiempo suficiente para poner otro paciente en su lugar para ese día.

Si usted cancela su cirugía a menos de catorce (14) días antes de la fecha de cirugía, usted perderá su Depósito Para Reservar el Día De Cirugía de quinientos dólares (\$500.00).

Si usted cancela su cirugía a menos de tres (3) días antes de la fecha de cirugía, o si usted no puede asistir a su programado de cirugía, usted perderá su Depósito Para Reservar el Día De Cirugía de mil dólares (\$1,000.00).

El saldo de la cirugía pre-pago será reembolsado en su totalidad por cheque comercial dentro de 30 días. Este tiempo es necesario para asegurar todas las transacciones de prepago han validadas y clarificadas por las instituciones financieras correspondientes.

No habrá reembolso por los servicios ya prestados.

Procedimientos de Retoque

El paciente entiende que la liposucción y la abdominoplastia no son procedimientos para reducción de peso. El paciente entiende que para mantener la forma del cuerpo recién contorneada, se requiere un cambio en los hábitos alimenticios y ejercicio con el fin de evitar el aumento de peso y la pérdida de la forma del cuerpo recién contorneada.

Un procedimiento de retoque es trabajo adicional del mismo tipo y en la misma área(s) hecho(s) en el procedimiento original para corregir o completar un resultado estético razonable que no se logró en el momento del procedimiento original. Hay un cargo de instalaciones de \$500 para todos los procedimientos de retoque. Sin embargo, no habrá cargo quirúrgico adicional por el procedimientos de retoque en las siguientes condiciones:

1. El procedimiento de retoque se realiza en un plazo de 6 meses del procedimiento original
2. El peso del paciente sigue siendo el mismo desde la fecha del procedimiento original
3. Inyecciones adicionales de grasa en cualquier área tratada con transferencia de grasa autóloga en el procedimiento original requieren pago adicional
4. El procedimiento de retoque incluye solamente es la misma zona del cuerpo tratada el procedimiento(s) original.

Si alguna(s) de las condiciones anteriores no se cumplen, se requiere pago adicional. Si se requieren los servicios de un anesthesiólogo para el procedimiento de retoque, este costo no es eliminado por estas reglas y el paciente será responsable del pago de la cuota de anesthesiólogo.

Tratamiento y Complicaciones

La práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. A pesar de los buenos resultados que se esperan, *no puede haber ninguna garantía o promesa expresa o implícita para el paciente cualquier persona en cuanto a los resultados reales que usted puede conseguir.* Revisiones quirúrgicas y tratamientos médicos de problemas y complicaciones pueden ser necesarios. Estos pueden resultar en cargos adicionales para los cuales usted es responsable.

He leído y entiendo este acuerdo Financiero de Cirugía Estética con el Pelosi Medical Center.

 Firma del Paciente (Patient Signature)

____/____/____
 Fecha (Date)