

## PATIENT INFORMATION

LAST NAME: \_\_\_\_\_ FIRST NAME: \_\_\_\_\_ MIDDLE INITIAL: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

HOME TELEPHONE: ( ) \_\_\_\_\_ FAX: ( ) \_\_\_\_\_

WORK TELEPHONE: ( ) \_\_\_\_\_ CELL# / CARRIER: \_\_\_\_\_

PREFERRED METHOD OF CONTACT: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_ SOCIAL SECURITY: \_\_\_\_\_

HEIGHT: \_\_\_\_\_ WEIGHT: \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS: \_\_\_\_\_ REASON FOR YOUR CONSULTATION: \_\_\_\_\_

EMPLOYER: \_\_\_\_\_ OCCUPATION: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT: \_\_\_\_\_ TELEPHONE: ( ) \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO PATIENT: \_\_\_\_\_

WHO IS YOUR FAMILY DOCTOR: \_\_\_\_\_ TELEPHONE: ( ) \_\_\_\_\_

WHO REFERRED YOU TO OUR OFFICE: \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN'S RELEASE AND ASSIGNMENTS

I understand that I am financially responsible for all charges incurred by me, and I agree that in the event that this account is referred to collections, to pay all collection expenses, attorney fees and court costs.

**SIGNATURE REQUIRED:**

PATIENT / PARENT / GUARDIAN: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA: ( ) \_\_\_\_\_ FAX DE LA CASA: ( ) \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_ #DE CELLULAR / COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RAZÓN DE SU CONSULTA: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

QUIÉN ES SU DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

POR QUIÉN 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 esta cuenta no sea cancelada, será referida a una compañía de recaudadores.

**FIRMA REQUERIDA:**

PACIENTE / PADRES / RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CHECK THE APPROPRIATE ANSWER IF YOU DO NOT KNOW THE CORRECT ANSWER, PLEASE WRITE "DON'T KNOW" ON THE LINE PROVIDED

Are you currently under a physician's care?  YES  NO If so, why? \_\_\_\_\_

Are you taking any medications, substances and/or vitamins? (If YES, please list) \_\_\_\_\_  YES  NO

Are you allergic to any medications and/or foods? (If YES, please list) \_\_\_\_\_  YES  NO

Do you have family history of unexpected death following general anesthesia or exercise?  YES  NO

Do you have a personal or family history of?

Malignant Hyperthermia  Muscle or neuromuscular disorder  High temperature following exercise  Muscle spasms

Dark or chocolate colored urine  Unanticipated fever immediately following anesthesia or exercise

Are you allergic to any metals or latex? (circle one).....  YES  NO

Are you pregnant or suspect you may be? .....  YES  NO

Do you use any birth control medications? .....  YES  NO

Have you ever been treated for or been told you might have heart disease or a heart condition? (If YES, please list) .....  YES  NO

Do you have high or low blood pressure? (circle one) .....  YES  NO

Do you have a pacemaker or an artificial heart valve implant? .....  YES  NO

Have you ever had rheumatic fever? .....  YES  NO

Have you used ACUTANE? (If YES, list when:) \_\_\_\_\_  YES  NO

Have you ever taken the diet pill, PHEN-FEN or PHENTERMINE? .....  YES  NO

Have you ever had a serious illness or previous surgery? (If YES, please list) .....  YES  NO

Have you ever had PLASTIC SURGERY? (If YES, please list) \_\_\_\_\_  YES  NO

Have you ever had radiation treatment, chemo treatment for a tumor, growth or other condition? .....  YES  NO

Do you have any blood disorders such as anemia, leukemia and/or immuno deficiency disorders? .....  YES  NO

Have you ever bled excessively after being cut or injured? .....  YES  NO

Do you have acid reflux, hiatal hernia, ulcers or difficulty swallowing? (circle) .....  YES  NO

Do you have any kidney or liver problems? (circle) .....  YES  NO

Are you diabetic? .....  YES  NO

Do you have asthma? (If YES, when was last episode:) \_\_\_\_\_  YES  NO

(If YES, were you hospitalized? When?) \_\_\_\_\_  YES  NO

Do you have epilepsy or seizure disorders? .....  YES  NO

Do you have a history of sleep apnea? .....  YES  NO

(If YES, do you use a CPAP machine?)  YES  NO

Are you HIV positive? .....  YES  NO

Have you had or do you test positive for Hepatitis? .....  YES  NO

Do you have or have you had T.B. (Tuberculosis)? .....  YES  NO

Do you smoke, chew, use snuff or any other forms of tobacco, including cigars? (If YES, how much?) \_\_\_\_\_  YES  NO

Do you consume alcoholic beverages? (If YES, how often?) \_\_\_\_\_  YES  NO

Do you habitually use Marijuana, Cocaine or other illegal substances? .....  YES  NO

Have you had psychiatric treatment? .....  YES  NO

Would you accept blood in an emergency? .....  YES  NO

Do you have any disease, condition or problem not listed? (If YES, please list) .....  YES  NO

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS COMPLETE AND ACCURATE

PATIENT/GUARDIAN'S SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

MARQUE LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA. SI NO SABE LA RESPUESTA CORRECTA, ESCRIBA "NO LO SÉ" EN EL RENGLÓN PREVISTO.

¿Actualmente se está atendiendo con un médico?  SÍ  NO En caso afirmativo, mencionar porque \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento, sustancia o vitamina? (En caso afirmativo, mencionarlos) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento? (En caso afirmativo, mencionarlos) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Tienes antecedentes familiares de muertes súbitas después de anestias generales o de hacer ejercicio?  YES  NO

¿Tienes antecedentes familiares o historias personales de?

Hipertermia Maligna  Trastorno muscular o neuromuscular  Temperatura corporal elevada después de hacer ejercicio  Espasmos Musculares

Orine oscuro o de color chocolate  Fiebre inesperada inmediatamente después de la anestesia o del ejercicio

¿Es alérgico a algún metal o al látex? (encerrar con un círculo).....  SÍ  NO

¿Está embarazada o sospecha que podría estarlo? .....  SÍ  NO

¿Usa algún medicamento anticonceptivo? .....  SÍ  NO

¿Alguna vez recibió tratamiento o le han dicho que podría tener una enfermedad o afección cardíaca? (En caso afirmativo, mencionarlas)  
 SÍ  NO

¿Tiene presión arterial alta o baja? (encerrar con un círculo) .....  SÍ  NO

¿Tiene un marcapasos o una prótesis valvular implantada? .....  SÍ  NO

¿Alguna vez tuvo fiebre reumática? .....  SÍ  NO

¿Utilizó ACUTANE? (En caso afirmativo, mencionar cuándo:) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Alguna vez tomó las pastillas para adelgazar PHEN-FEN o FENTERMINA? .....  SÍ  NO

¿Alguna vez tuvo una enfermedad grave o se le realizó previamente a una cirugía? (En caso afirmativo, mencionarlas) ...  SÍ  NO

¿Alguna vez le realizaron CIRUGÍA PLÁSTICA? (En caso afirmativo, mencionarla) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Alguna vez le realizaron radioterapia, quimioterapia por un tumor, crecimiento u otra afección? .....  SÍ  NO

¿Tiene algún trastorno hematológico como anemia, leucemia o trastornos por inmunodeficiencia? .....  SÍ  NO

¿Alguna vez sangró excesivamente después de un corte o lesión? .....  SÍ  NO

¿Tiene reflujo ácido, hernia de hiato, úlceras o dificultad para tragar? (encerrar con un círculo) .....  SÍ  NO

¿Tiene algún problema renal o hepático? (encerrar con un círculo) .....  SÍ  NO

¿Es usted diabético? .....  SÍ  NO

¿Tiene asma? (En caso afirmativo, cuándo fue el último episodio:) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

(En caso afirmativo, ¿fue internado? ¿Cuándo?) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Tiene epilepsia o trastornos convulsivos? .....  SÍ  NO

¿Tiene antecedentes de apnea del sueño? .....  SÍ  NO

(En caso afirmativo, ¿usa un dispositivo CPAP?)  SÍ  NO

¿Es usted VIH positivo? .....  SÍ  NO

¿Tuvo o tiene un resultado positivo en el examen de Hepatitis? .....  SÍ  NO

¿Tiene o ha tenido T.B. (Tuberculosis)? .....  SÍ  NO

¿Fuma, mastica, aspira o utiliza otras formas de tabaco, incluyendo cigarrillos? (En caso afirmativo, ¿Cuánto?) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Consumo bebidas alcohólicas? (En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?) \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Utiliza habitualmente marihuana, cocaína u otra sustancia ilegal? .....  SÍ  NO

¿Ha realizado algún tratamiento psiquiátrico? .....  SÍ  NO

¿Aceptaría una transfusión de sangre en caso de emergencia? .....  SÍ  NO

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no mencionado? (En caso afirmativo, mencionarlos) .....  SÍ  NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE ANTECEDE ES COMPLETA Y EXACTA

FIRMA DEL PACIENTE/RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**MIAMI PLASTIC SURGERY MUTUAL PRIVACY AGREEMENT**

Dr. \_\_\_\_\_ and Miami Plastic Surgery (collectively labeled "*Physician*") agree to provide treatment to: \_\_\_\_\_ ("*Patient*"). The Physician takes pride in being able to extend a greater degree of privacy than is required by law.

Federal and State privacy laws are complex. Unfortunately, some medical offices try to find loopholes around these laws. For example, physicians are forbidden by law from receiving money for selling lists of patients or medical information to companies to market their products or services directly to patients without authorization. Some medical practices, though, can lawfully circumvent this limitation by having a third party perform the marketing. While personal data is never technically in the possession of the company selling its products or services, the patient can still be targeted with unwanted marketing information. Physician believes this is improper and may not be in the patients' best interest. Accordingly, Physician agrees not to provide medical information for the purpose of marketing directly to Patient. Regardless of legal privacy loopholes, Physician will never attempt to leverage its relationship with Patient by seeking Patient's consent for marketing products for others.

We want your feedback. If our office gets it right, tell us. If we could do something better, tell us. We take quality improvement seriously. While there are scores of "rating sites" in cyberspace, many fail to provide useful information. Let's get it done right. We can make recommendations as to which sites follow minimum standards for fairness and balance. Just ask us.

Physician has invested significant financial and marketing resources in developing the practice. Nothing in this Agreement prevents a patient from posting commentary about the Physician - his practice, expertise, and/or treatment - on web pages, blogs, and/or mass correspondence. In consideration for treatment and the above noted patient protection, if Patient prepares such commentary for publication on web pages, blogs, and/or mass correspondence about Physician, the Patient exclusively assigns all Intellectual Property rights, including copyrights, to Physician for any written, pictorial, and/or electronic commentary. This assignment shall be operative and effective at the time of creation (prior to publication) of the commentary.

This Agreement shall be in force and enforceable for a period of five years from Physician's last date of service to Patient. As a matter of office policy, Physician is requiring all patients in its practice sign the Mutual Agreement so as to establish that any anonymous or pseudonymous publishing or airing of commentary will be covered by this agreement for all Physician's patients. Further, this Agreement will survive for a minimum of three years beyond any termination of the Physician-Patient relationship.

Patient and Physician acknowledge that breach of this Agreement may result in serious, irreparable harm. Patient and Physician agree to the right of equitable relief (including but not limited to injunctive relief). Should a breach of this Agreement result in litigation, the prevailing party in the litigation shall be entitled to reasonable costs, expenses, and attorney fees associated with the litigation.

Patient has been given the opportunity to ask questions and receive satisfactory and adequate explanations.

Dr. Carlos Wolf, Dr. Michael Kelly, Dr. Johnny Franco, and Dr. Max Polo; Miami Plastic Surgery

\_\_\_\_\_  
PATIENT SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

## CONVENIO DE PRIVACIDAD MUTUO DE MIAMI PLASTIC SURGERY

El Dr. \_\_\_\_\_ y Miami Plastic Surgery (a quienes en adelante se les referirá colectivamente como "El Médico") convienen en proporcionar tratamiento a \_\_\_\_\_ (en adelante referido como "El Paciente"). El Médico se enorgullece de poder extender un nivel de privacidad superior al requerido por la ley.

Nada de lo contenido en el formato previene que el Paciente hable en privado acerca de su atención con otro Médico, miembro de su familia o amigo. De hecho, el paciente puede hablar con terceros; sin embargo, si la información se pretende revelar al dominio público, se requerirá una pre-autorización por escrito de nuestra oficina, así de simple. El idioma por tanto se balancea con los derechos legítimos del Paciente con el Médico.

Las leyes federales y estatales sobre privacidad son complejas. Desafortunadamente, algunos consultorios dentales tratan de encontrar trampas jurídicas en estas leyes. Por ejemplo, la ley prohíbe a los Médicos recibir dinero por vender listas de pacientes o información médica a compañías para que comercialicen sus productos o servicios directamente a los pacientes sin autorización. Sin embargo, algunas prácticas dentales pueden legalmente sortear esta limitación al tener un tercero que realice esta comercialización. Aunque los datos personales nunca están técnicamente en posesión de la compañía que vende sus productos o servicios, el paciente puede de cualquier forma ser encontrado mediante información comercial no deseada. El Médico cree que esta práctica es inapropiada y no es conveniente para el paciente. Asimismo, el Médico conviene en que no proporcionará información médica con el fin de que se comercialice directamente con el paciente. Sin importar las trampas legales que se puedan ejercer sobre privacidad, el Médico nunca intentará favorecer su relación con el Paciente al buscar el consentimiento del Paciente para la comercialización de productos por parte de terceros.

En relación al tratamiento y protección del paciente como se menciona en el párrafo anterior, el Paciente conviene en abstenerse de publicar o transmitir de manera directa o indirecta ningún comentario acerca del Médico y su práctica, especialidad y/o tratamiento – las únicas excepciones son la comunicación con un cuerpo confidencial de revisión dental similar; con otro proveedor de servicios médicos; con un abogado autorizado; con una agencia gubernamental; en el contexto de un procedimiento legal; o a menos que lo demande la ley. La publicación se refiere a la inclusión del nombre por seudónimo o anónimamente. Si el Paciente prepara un comentario para publicar acerca del Médico, el Paciente transferirá todos los derechos intelectuales, incluidos derechos de autor, al Médico sobre cualquier comentario escrito, pictórico o electrónico. Dicha transferencia de derechos será efectiva a partir de la creación del comentario, antes de su publicación. El Médico ha invertido una cantidad considerable de recursos financieros y comerciales en el desarrollo de su práctica. Los comentarios publicados en páginas web, blogs y/o correspondencia masiva, aunque bien intencionada, podría dañar seriamente la práctica del Médico

El Médico considera de extrema importancia ejercer su derecho a controlar su imagen pública. El Médico y el Paciente trabajarán para prevenir que se publique o ventile algún comentario acerca de la otra mediante Internet, blogs, u otros medios electrónicos, impresos o de difusión sin un consentimiento previo por escrito. El Paciente hará todos los esfuerzos razonables para evitar que cualquier miembro de su familia inmediata o conocido se comprometan en dicha actividad. Finalmente, este convenio entrará en vigor y será ejecutable por un periodo de cinco años a partir de la última fecha en que el Médico prestó sus servicios al Paciente o (b) por tres años posteriores a la fecha de terminación de la relación Médico-Paciente. Como política del consultorio, el Médico está requiriendo que todos los pacientes atendidos firmen el Convenio Mutuo para establecer que la publicación o difusión de cualquier comentario anónimo o seudónimo sea cubierta por este convenio para todos los pacientes del Médico. Además, este convenio prevalecerá en vigor por un mínimo de tres años posteriores a cualquier terminación de la relación Médico-Paciente.

El Paciente y el Médico reconocen que cualquier violación a los términos de este Convenio puede resultar en un daño serio e irreparable. Además de la compensación por los daños que resulten, el Paciente y el Médico acuerdan en el derecho de al recurso equitativo (incluyendo, sin límite alguno, desagravio por mandato judicial). Si la violación a este convenio resulta en litigación, la parte prevalente en la litigación tendrá derecho a costos, gastos y honorarios del abogado razonables asociados con la litigación.

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

Dr. Carlos Wolf, Dr. Michael Kelly, Dr. Max Polo, y Dr. Johnny Franco, Miami Plastic Surgery

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha