

Informacion de el Paciente Desde \_\_\_\_\_ (fecha de hoy)  
 (Porfavor Escriba Legiblemente & Llene o Corrija Todas Las Lineas)

**Nombre de el Paciente**

\_\_\_\_\_  
 Nombre Segundo Appellido

Direccion \_\_\_\_\_  
 Calle & No.Apt Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono De la Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Otro Telefono \_\_\_\_\_

Hay Alguna Restriccion Si Lo Necesitamos Contactar?  No  Yes Correo Electronico \_\_\_\_\_

**Restricciones:**

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Genero  Mujer  Hombre

Estado Civil  Soltero  Casado con: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Lugar De Empleo:**

\_\_\_\_\_  
 Ocupacion \_\_\_\_\_

Telefono De Trabajo \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Podemos llamar a su trabajo?  Si  No

Direccion \_\_\_\_\_  
 Calle & No.Suite Ciudad Estado Codigo Postal

**Como Escucho Sobre El Dr.Davoudi?**

Tele Noticias  Propaganda Por La Television  Paginas Amarillas  Revista  Periodico

Seminario  Salon de Belleza  Internet

Amigo(a) Familiar: \_\_\_\_\_  Doctor: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Si, fue recomendado por alguien en especifico, le podemos agradecer?  Si  No

**Contacto De Emergencia:**

(Alguien que NO Viva En Su Casa)

\_\_\_\_\_  
 Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

No. de Telefono De La Casa: \_\_\_\_\_ No. de Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_ Otro Telefono \_\_\_\_\_

**Seguro Medico**

No. de Poliza \_\_\_\_\_ No. de Grupo \_\_\_\_\_ Tel. Seguro \_\_\_\_\_

Se Requiere alguna recomendacion?  No  Si Copago?  No  Si, \_\_\_\_\_

**Persona Asegurada**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ No.Social \_\_\_\_\_

**Seguro Medico Secundario**

No. De Poliza: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_ Tel. Seguro \_\_\_\_\_

Se Requiere Alguna Recomendacion?  No  Yes Copago?  No  Si \$ \_\_\_\_\_

**Persona  
Asegurada:**  
Nombre \_\_\_\_\_

Fecha  
De  
Naci-  
miento \_\_\_\_\_

No.  
Social \_\_\_\_\_

Yo entiendo que todos los cargos de la visita a esta oficina se tienen que pagar el día que me hagan el (los) servicios, y el depósito para la cirugía cosmética de \$500.00 se debe pagar el día que se haga la cita para la cirugía, y no me devuelven este monto ya que no es reembolsable. Yo autorizo que Dr. Davoudi le cobre a mi compañía de seguro para los servicios médicos necesarios. Aparte de lo que cubra mi seguro, yo soy responsable por pagar todas las facturas adicionales. Yo entiendo que mi contrato es entre el Dr. Davoudi y yo. Yo entiendo que cualquier balance que no este pago lo mandan al departamento de colecciones y debo pagar \$50.00 adicionales y hay un cargo de 38%.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

## Areas Que Me Interesan:

### Procedimientos De Cara

- Blefaroplastia (Levantamiento de Cejas)
- Botox
- Levantamiento de Ceja o Frente
- Aumentacion de menton (chin)
- Reparacion de Lobulo de oreja
- Liposuccion de Cara (Cuello, Papada, Cachetes)
- Levantamiento De Cara y Cuello
- Mejorar los Labios
- Operacion de Orejas
- Rinoplastia (Nariz)
- Rejuvenecimiento de Piel (CO2 Laser, Pelar la piel, Etc.)
- Rellenar Arrugas (Inyecciones)

### Procedimientos de Ceno

- Aumentacion de Ceno
- Reconstruccion de Cenos
- Reduccion de Cenos
- Ginecomastia- Reduccion de Ceno de Hombre
- Mastopexia (Levantamiento de Ceno)
- Reduccion De Peson or Inversion

### Procedimientos De Cuerpo

- Abdominoplastia (Tummy Tuck)
- Braquioplastia (Levantamiento de brazo)
- Aumentacion de Pantorrilla
- Tranferencia de Grasa
- Levantacion de Cuerpo Completo
- Liposuccion (Piernas, Abdomen, Etc.)
- Levantamiento de Pierna o Cola

### Otros Procedimientos

- Cuidado de Piel
- Eliminacion de Bello (pelo)
- Lesion / Lunares

# ATLANTIC CENTER FOR PLASTIC & COSMETIC SURGERY (770) 418-1234

Informacion De Su Salud desde hoy \_\_\_\_\_ (fecha de hoy)  
 (Porfavor Escriba Legiblemente & Llene o Corrija Todas las lineas )

Archivo Confidencial: La informacion contenida aqui solamente va a ser dada si usted nos da su autorizacion. Porfavor conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

Nombre \_\_\_\_\_ Razon por Su Visita: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Lbs.

Medico Actual: \_\_\_\_\_

Liste Todas Sus Cirugias (Hospitalizacion y la fecha cuando ocurrio)

Liste enfermedades serias o accidentes

Ha tenido algo de lo siguiente: (circule cualquiera que aplique y, ponga la fecha en la que ocurrio si la respuesta es Si))

Sida/ VIH	No	Si	Epilepsia/ Convulsiones	No	Si	Problemas de Rinon	No	Si
Artritis	No	Si	Dolor Facial	No	Si	Neumonia	No	Si
Asma	No	Si	Ampollas de Fiebre	No	Si	Problemas de Sinusitis / Infecciones	No	Si
Bronquitis	No	Si	Bocio/ Tiroides	No	Si	Embolia Cerebral	No	Si
Cancer	No	Si	Fiebre Alta/ Alergias	No	Si	Amigdalitis	No	Si
Depresion	No	Si	Dolor de Cabeza/ Migranas	No	Si	Tuberculosis	No	Si
Diabetes	No	Si	Problemas de Corazon	No	Si	Ullceras	No	Si
Mareo / Vertigo	No	Si	Hepatitis	No	Si			
Infeccion de Oido	No	Si	Presion Alta	No	Si			

Usted Fuma? No Si Si su respuesta es si, cuanto? \_\_\_\_\_ Paquete(s)/ al dia Por Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_ Anos

Usted toma alcohol? No Si Si su respuesta es si, cuanto?? \_\_\_\_\_ Cuan a Menudo? \_\_\_\_\_

Usted usa drogas recreativas? No Si Si su respuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

Tiene algun problema con moretones o sangrados? No Yes Si su respuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

Tiene algun problema con cicatrices? No Yes Si su respuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

Ha tenido algun problema con anestesia? No Yes Si su respuesta es si, explique: \_\_\_\_\_

Mencione todos los medicamentos que este tomando actualmente o que ha tomado el mes pasado. Por favor incluya el nombre de todos los medicamentos, la dosis y cuan a menudo lo stoma.

Mencione TODOS los medicamentos y/o alergias de latex.

La informacion mencionada esta correcta a lo mejor de mi conocimiento.

**Firma**

---

**Fecha**

---

**Atlantic Center for Plastic and Cosmetic Surgery**  
**Forma De Conocimiento De El Paciente**

HIPPA es un acónimo para Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (una ley federal). Por una preocupación significativa para las organizaciones de salud para cumplir con reglas específicas

- Identificadores especiales para planes de salud, proveedores, individuales, empleadores
- Transmisión electrónica de datos para transacciones de cuidado de salud y códigos
- Regulación de privacidad y revelación sobre temas de su salud y códigos
- Regulaciones de seguridad para proteger información de su salud electrónicamente

Es nuestra política de no dar ninguna información que sea confidencial y/o autorizada EXCEPTO que sea por cita confirmada, por teléfono, máquina de contestar, teléfono del trabajo, mensajes, celular. Cuando devolvemos las llamadas, nunca dejamos mensajes en su buzón de mensajes si su nombre o teléfono no está en su mensaje de voz. Su información tampoco va a ser dada a personas que no estén autorizadas que tal vez contesten su teléfono. Si usted prefiere que nosotros le demos su información a otra persona por favor llene el formulario de abajo:

Yo autorizo a Atlantic Center for Plastic and Cosmetic Surgery para que dejen información médica acerca de mi salud por los siguientes métodos y yo asumo la responsabilidad de avisarles, por escrito, si llega a cambiar esta información.

No. De Teléfono Casa	si _____ no _____	Buzón de Mensajes	si _____ no _____
Máquina de contestar	si _____ no _____	Celular/ Buzón de Mensajes	si _____ no _____
No. de Teléfono de trabajo	si _____ no _____	Pager	si _____ no _____

**Podemos mandar por fax sus archivos médicos para referirlo/a?** si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**Por Favor ponga el nombre de personas con quienes podemos hablar de sus cuidados de piel y médicos:**

Nombre de su esposo/a _____	si _____ no _____
Nombre de Padres _____	si _____ no _____
Otro Nombre _____	si _____ no _____

**Por favor ponga el nombre y relación como por ejemplo novio, hermano/a, etc.**

Por favor ponga una frase o clave como forma de confirmar quien es usted cuando llame a nuestra oficina. Este número/clave tendrá que ser dado antes que se le pueda dar información.

**FRASE/CLAVE:** \_\_\_\_\_  
**(los últimos cuatro dígitos de su seguro social o el apellido de su madre)**

Nuestra notificación de Práctica de Privacidad provee información de como nosotros podemos usar su información médica. Usted tiene el derecho de recibir y revisar nuestra Notificación antes de firmar este conocimiento. Como se muestra en nuestra Notificación, los términos de nuestra Notificación, los términos de nuestra Notificación pueden cambiar. Si nosotros cambiamos nuestra Notificación, usted puede obtener una copia.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento que ha sido informado de como usamos nosotros esta información de su salud que esta protegida para todos los propósitos que se muestran aquí.

Al firmar este formulario también da su consentimiento que entendió de que habla esta Notificación y como le aplica a usted, y que todas sus preguntas acerca de lo que se contiene aquí han sido contestadas.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/ Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## **R. Morgan Davoudi, M.D. FACS**

3855 Pleasant Hill Road • Suite 460  
Duluth, GA 770 / 418-1234

### **Polosa De Deposito Para Cirugia**

Entendemos que con ciertas cirugias las circunstancias pueden cambiar y tal vez la cirugía se tenga que cancelar o posponer. Esto significa que va a atrasar la cirugía de los otros pacientes quienes pudiesen haber tenido cirugía. La hora u el día que se reservan para la cirugía no solamente nos incluye a nosotros sino que también a el Centro de Cirugias y Anestesiologo.

Por ese motive, nosotros requerimos un deposito que no es reembolsable de \$500.00 que se debe pagar el dia en el que usted haga la cita para su cirugía. El balance restante se debe pagar 2 semanas antes de su cirugía.

*Si la cirugia tiene que ser cambiada con menos de 29 dias de antemano, se les va a cobrar \$500.00 para hacer la cita otra vez y todos los pagos que vayan hacia su cirugía solamente se cubrirá 85% para su futura cirugía.*

*Si la cirugía es cancelada por lo menos 29 dias de antemano, y no se cambia la cita, todos los pagos que se hayan hecho para la cirugía, no incluyendo los \$500.00 de deposito, será devuelto 100%.*

*Si la cirugía es cancelada 22-28 dias antes de la cirugía, y no hace la cita para la cirugía otra vez, todos los pagos menos llos \$500.00 de deposito van a ser devueltos a 75%.*

*Si la cirugía es cancelada 15-21 dias antes de la cirugía, y no se vuelve hacer la cita para la cirugía otra vez, todos los pagos menos llos \$500.00 de deposito van a ser devueltos a 50%.*

*Si la cirugía es cancelada 15-21 dias antes de la cirugía, y no se vuelve hacer la cita para la cirugía otra vez, todos los pagos menos llos \$500.00 de deposito van a ser devueltos a 50%.*

*Si la cirugía es cancelada 7 dias antes de la cirugía, y no se vuelve hacer la cita no hay reembolsos de pagos hechos hacia la cirugía.*

Muchas gracias por entender nuestros esfuerzos para todos los que estan involucrados en esta situacion.

Yo entiendo y estoy de acuerdo.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_