



**Advanced Surgery &
Weight Loss Institute, LLC
Dr. Diego Velarde
321-549-2000**

Fecha _____

Nombre del paciente _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO EDAD SEXO FECHA DE CIMIENTO

Dirección _____
CALLE APT# CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Estado Civil: _____ Idioma: _____ Raza: _____

Teléfono _____ Cell Teléfono _____ Email _____

Seguro Primario: _____

Seguro Secundario: _____

Farmacia _____ Address/Intersection _____

Laboratorio preferido: (CIRCLE ONE) Quest / LABCORP / HEALTH FIRST / ORLANDO HEALTH / PCP OFFICE / OTROS: _____

Médico de Atención Primaria _____ Cardiólogo _____

Gastroenterólogo _____ Neumólogo _____

Neurología _____ Nefrólogo _____

Divulgación de información de HIPPA

El Aviso de Prácticas de Privacidad explica en detalle cómo nuestra oficina maneja su información de salud confidencial. También describe cómo puede ejercer sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Yo, _____ doy mi permiso para que Advanced Surgical and Weight Loss Institute hable sobre mi atención médica con las siguientes personas que no sean yo:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia: _____ teléfono# _____

Cancelaciones de citas y cirugías

Por favor, avise con 24 horas de antelación si no va a acudir a su cita de visita al consultorio con el Dr. Velarde. Las ausencias a las citas y las cancelaciones dentro de las 24 horas estarán sujetas a un cargo de \$49. Si necesita cancelar una cirugía, DEBE cancelarla la semana anterior para evitar un cargo de \$199 para cirugía general y \$99 para colonoscopia/EGD.

Consulte con su seguro para asegurarse de que estemos en la red con su seguro. Si no tiene seguro, los pagos son su responsabilidad y vencerán en el momento del servicio o antes.

Firma del paciente

Fecha



CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Su historial médico

- ☐ Reflujo ácido/ERGE
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Ansiedad
- ☐ Cáncer _____
- ☐ COPD Enfermedad pulmonar
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes Tipo _____
- ☐ Problemas Gastrointestinales
- ☐ Infarto
- ☐ Acidez
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Problemas renales
- ☐ Marcapasos/Dispositivo implantado
 - _____
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Convulsiones
- ☐ Trastorno de la tiroides
- ☐ Otros: _____

Historia familiar:

Relación con usted

- ☐ Trastornos hemorrágicos _____
- ☐ Cáncer (tipo) _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Enfermedad cardíaca _____
- ☐ Presión arterial alta _____
- ☐ Convulsiones _____
- ☐ Derrame cerebral _____
- ☐ Trastornos de la tiroides _____
- ☐ Otros: _____

Por favor, responda a todas las preguntas por completo

¿Consumes alcohol? SI NO _____ POR DÍA SEMANA MES

Consumo de tabaco SI NO

Paquetes/día _____ Por cuantos años _____ Año dejar de fumar _____

¿Antecedentes de abuso de drogas? Sí /N

Historia Quirúrgica Año

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Última colonoscopia _____ pólipos Sí /N

Última EGD _____ Hernia de hiatal Sí /N

Última mamografía _____ normal/anormal

Medicamentos/Vitaminas y suplementos de venta libre

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Alergias a medicamentos?

LÁTEX Sí / NO