



Advanced Surgical & Weight Loss Institute, LLC

Dr. Diego Velarde

321-549-2000

Fecha _____

Nombre del paciente _____

Dirección _____
CALLE APT# CIUDAD ESTADO CÓDIGO

Teléfono residencial _____ Cell teléfono _____ Email _____

May Advanced Surgical & Weight Loss Institute enviar SMS / TEXTO SÍ NO

¿Mensajes al número de celda anterior para recordatorios de citas?

Farmacia _____ Address/Intersection _____

Doctor primario _____

Estado civil: _____ Idioma: _____ Raza: _____

Contacto de emergencia: _____

Seguro primario: _____

Seguro Secundario: _____

Divulgación de información de HIPPA

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

Yo, _____ autorizo Advanced Surgical and Weight Loss Institute discuta mi atención médica con las siguientes personas además de mí:

Nombre _____ relacion _____ telefono _____

Nombre _____ relacion _____ telefono _____

Cancelaciones de citas y cirugías

Por favor, avise con 24 horas de anticipación si no va a hacer su cita de visita al consultorio con el Dr. Velarde. Si no se presenta a las citas y reuniones dentro de las 24 horas, estará sujeto a un cargo de \$ 49. Si necesita cancelar una cirugía, DEBE cancelar la semana anterior para evitar un cargo de \$ 199 por cirugía general y \$ 99 por colonoscopia / EGD.

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

Fecha del nombre del paciente



Advanced Surgical & Weight Loss Institute, LLC

Dr. Diego Velarde

321-549-2000

PREGUNTAS SOBRE EL HISTORIAL DE SALUD

Su historial médico

- Reflujo ácido/ERGE
- Artritis
- Asma
- Ansiedad
- Cáncer _____
- EPOC
- Depresión
- Diabetes Type _____
- Cuestiones relativas a las indicaciones geográficas _____
- Infarto
- Acidez
- Enfermedad de la curación
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Nefropatía
- Golpe
- Apnea del sueño
- Convulsiones
- Trastorno de la tiroides

Por favor, responda todas las preguntas completamente

¿Consumes alcohol? SÍ NO ___ __ POR DÍA SEMANA MES

Uso de tabaco SÍ No

Paquetes/día _____ Años fumados ___ Año dejar de fumar _____

¿Antecedentes de abuso de drogas? SÍ NO

Historia de MRSA infección SÍ NO

COVID Vacunado SÍ NO

Año de Historia Quirúrgica

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Última colonoscopia ___ Pólipos S/N

Última EGD ___ Hernia hiatal Y/N

Última mamografía ___ Normal/Anormal

La historia de su familia:

Relación con usted

- Asma _____
- Trastornos hemorrágicos _____
- Cáncer (tipo) _____
- Diabetes _____
- Enfermedad cardíaca _____
- Presión arterial alta _____
- Convulsione _____
- Trazo _____
- Trastornos de la tiroides _____
- Otros: _____

Medicamentos

¿Alergias a medicamentos?

LÁTEX SÍ No