

Charles A. Wallace, Doctor en Medicina,
Miembro de la Universidad Americana de Cirujanos
Cirugía Plástica y Reconstructiva

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por favor llene el formulario en letra de imprenta

Nombre: _____ N° de teléfono de su residencia _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Seguro Social N°: _____ Licencia de conducir N° _____

Dirección de correo electronica _____ Telefono celular _____

Lugar donde trabaja: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ N° de teléfono de su trabajo: _____

Pariente más cercano con el cual no resida: _____

_____ N° de teléfono _____

¿A quién podríamos contactar en caso de una emergencia? _____

_____ N° de teléfono _____

¿A quién le debemos agradecer por referirlo a nosotros? _____

_____ N° de teléfono _____

¿Quién es responsable por su cuenta? _____

Hoy realizaré mi pago: En efectivo: _____ Con cheque _____ Con tarjeta de crédito _____

SEGURO MÉDICO

Nombre de su principal compañía de seguros: _____

Dirección: _____

N° de documento de identificación: _____ N° de grupo: _____

Asegurado: _____ N° de teléfono: _____

Nombre de su compañía de seguros secundaria: _____

Dirección: _____

N° de documento de identificación: _____ N° de grupo: _____

Asegurado: _____ N° de teléfono: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y CONSENTIMIENTO DE PAGO

El suscrito por el presente, autoriza y consiente a ser examinado y tratado por el Dr. Charles Wallace, además de la suministración de información relacionada con cualquier reclamo de beneficios enviado en mi nombre y/o el de mis dependientes. Además expresamente convengo y certifico que mi firma en este documento autoriza a mi médico a enviar demandas de beneficios, por servicios prestados y servicios por ser prestados, sin la obtención de mi firma en cada una de las demandas a ser enviadas por mí y/o mis dependientes, y que estaré obligado por esta firma como si el suscrito hubiera firmado esa misma demanda personalmente. También autorizo a que el pago de mi demanda, si existiera, se efectúe directamente a Charles A. Wallace, Doctor en Medicina.

Yo entiendo y convengo que (independientemente de la situación de mi seguro), soy responsable por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. He completado el formulario anterior y certifico que esta información es **LEGÍTIMA** y **CORRECTA** a mi leal saber y entender. Yo le notificaré de cualquier cambio en la condición de mi salud o la información antedicha.

Firma: _____ Fecha: _____

Padre o madre (en caso de ser menor de edad): _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Motivo de la consulta: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Tipo de sangre: _____

Efermedades serias (Presentes y pasadas): _____

(por favor incluya fechas) _____

Cirugías previas: (Fecha/Tipo de operación/Médico) _____

Heridas y accidentes graves: (Fecha/Médico) _____

Por favor mencione todos los medicamentos, que requieran y que no requieran receta médica, que esté tomando actualmente o que toma habitualmente:

¿Toma usted ASPIRINA? No _____ Sí _____ (¿Con qué frecuencia?) _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Codeína _____ Sulfa _____ Morfina _____ Penicilina _____ Micinas (Algunos anibióticos): _____ Tetraciclina _____

Otros: _____

¿Es usted alérgico/a a alguna preparación tópica? _____

Cinta _____ Betadine _____ Otros _____

Enfermedades hereditarias: (p. e. Hemótico, diabetes, cáncer, presión alta, enfermedad cardíaca) _____

¿Fuma? No _____ Sí _____ Si afirmativo, ¿por cuánto tiempo y cuánto?

¿Bebe alcohol? No _____ Sí _____ Si afirmativo, ¿por cuánto tiempo y cuánto?

Médico de cabecera: _____ N° de teléfono _____

Farmacia: _____ N° de teléfono _____

