

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Paquete Completo de Admisión para Nuevos Pacientes

Por favor complete todas las secciones. Traiga este paquete completo a su primera cita, o complételo de forma segura en línea en whweightloss.com.

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Apellido del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal): _____ Sexo: _____

Teléfono — Celular: _____ Etnicidad: _____

Teléfono — Casa: _____ Raza: _____

Correo Electrónico: _____ SSN: _____

Nombre de Farmacia: _____ Teléfono de Farmacia: _____

Médico de Referencia: _____

Información del Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____

Información del Seguro

Por favor proporcione su información de seguro a la recepcionista. Si la persona responsable de la factura no es la misma que la persona mencionada anteriormente, complete los campos a continuación.

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Seguro: _____ SSN: _____

ID de Suscriptor: _____ # de Grupo: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma y Autorización

Verifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que el pago, la prueba del seguro y/o el copago se deben pagar al momento del servicio. Autorizo a Medicare o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos y pagar los servicios cubiertos prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo adeudado.

Firma: _____ Fecha: _____

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Autorización para Divulgar Información Médica

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Últimos 4 dígitos del SSN: XXX – XX – _____

Por la presente autorizo al siguiente profesional de la salud, centro médico, laboratorio, centro paramédico, examinador médico, servicio de registros médicos, agencia de historial de recetas, agencia de informes al consumidor, empleador o familiar a divulgar toda mi información de salud:

Persona/Organización que Divulga la Información: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

La siguiente persona/organización queda autorizada para recibir mi expediente médico completo, registro de tratamiento y registro de diagnóstico:

Whole Health Weight Loss Institute · Phone: (707) 721-3500 · Fax: (707) 721-3499

La información de salud relacionada con el servicio desde _____ hasta _____ puede ser divulgada:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Expediente Completo | ☐ Historia y Examen Físico | ☐ Notas de Progreso |
| ☐ Plan de Cuidado | ☐ Informes de Patología | ☐ Informes de Laboratorio |
| ☐ Informes de Radiología | ☐ Informes del Hospital | ☐ Lista de Medicamentos |
| ☐ Registro de Tratamiento | ☐ Informes de Operación | ☐ Otro (especifique) |

• La persona/organización que recibe mi información médica, sus empleados, representantes y cualquier otra persona que preste servicios para ellos o en su nombre, puede necesitar obtener, usar o divulgar toda la información sobre mi salud física y mental, incluyendo, entre otros, servicios de atención preventiva, diagnóstica y terapéutica, pruebas, consejería y recetas médicas, con el fin de brindar atención o recibir el pago por dicha atención.

• Esta autorización es válida por UN AÑO a partir de la fecha de mi firma que se muestra a continuación. Una copia, copia electrónica, imagen o facsímil de esta autorización es tan válida como el original. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Reconozco que dicha revocación no es efectiva en la medida en que la persona/organización anterior se haya basado en el uso o divulgación de mi información de salud.

• Con mi firma a continuación, reconozco que cualquier acuerdo previo que haya hecho para restringir o limitar la divulgación de información sobre mi salud no se aplica a esta autorización.

• He leído (o me han leído) esta autorización y acepto sus términos según lo indica mi firma a continuación. Tengo derecho a una copia de esta autorización.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente (letra de molde): _____

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Políticas de la Práctica

Le damos la bienvenida a nuestra práctica y le agradecemos la oportunidad de cuidar de usted. Para evitar cualquier malentendido, por favor reconozca su aceptación y comprensión de nuestras políticas colocando sus iniciales después de cada declaración a continuación.

Aviso Anticipado al Beneficiario

Es posible que en ocasiones su compañía de seguros considere que ciertos servicios no son un beneficio cubierto por su póliza. Si su compañía de seguros deniega estos artículos, le pedimos que lo reconozca y acepte ser financieramente responsable:

Entiendo que mi compañía de seguros puede decidir denegar ciertos servicios por considerarlos "no cubiertos por mi póliza". Antes de que se presten dichos servicios, se me informará el costo de estos artículos y decidiré si deseo recibirlos o no. En caso de que opte por recibir estos servicios/artículos, acepto ser responsable del pago a esta práctica. Entiendo que puedo apelar la decisión de mi compañía de seguros de denegar el pago.

_____ (iniciales)

Renuncia de Beneficios

Por la presente autorizo a WHWL (Dr. Perryman) a divulgar la información adquirida durante el curso de mi examen y tratamiento a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes, o a cualquier otra aseguradora, según sea necesario para asegurar el pago de los beneficios que me correspondan. Por la presente asigno el pago de los beneficios directamente a la práctica médica del Dr. Perryman.

_____ (iniciales)

Copago

El copago se debe pagar al momento del servicio. Debido al aumento de los costos administrativos, acepto un cargo de \$25.00 como tarifa de procesamiento. Si no pago mi copago al momento del servicio, si no he proporcionado la información de seguro correcta, o si mi cheque no es aceptado por el banco por cualquier motivo.

_____ (iniciales)

Citas Perdidas

El tiempo reservado para su cita médica es importante. Lo valoramos como paciente y reservamos ese tiempo para sus necesidades y preocupaciones de salud. No presentarse a su cita, o no notificar a la oficina con al menos 24 horas de anticipación si necesita cancelar, significa que no podemos utilizar ese tiempo para atender a otros pacientes. Entiendo y acepto que seré responsable de una tarifa por cita perdida de \$150 por una consulta inicial, \$75 por un seguimiento y \$250 por un procedimiento/cirugía, si no me presento a mi cita o doy aviso de cancelación con menos de 24 horas de anticipación.

"Al titular de este contrato de deuda médica se le prohíbe, en virtud de la Sección 17855.27 del Código Civil, proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios del consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona viola conscientemente esa sección al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes crediticios del consumidor, la deuda será nula e inexigible."

_____ (iniciales)

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Formulario de Consentimiento para Fotografías

Este formulario es completamente opcional. Rechazarlo no afectará su atención ni su tratamiento de ninguna manera.

Yo, _____, con dirección postal _____, ciudad de _____, estado _____, otorgo permiso y doy mi consentimiento a Whole Health Weight Loss (WHWL) para el uso de fotografías tomadas por los médicos y/o el personal, o aquellas entregadas a la práctica por mí (el otorgante), para su uso en mercadeo y promoción en nuestro sitio web, redes sociales y cualquier otro material educativo o de mercadeo.

Por favor seleccione una opción:

- ☐ SÍ CONSIENTO el uso de mis fotografías como se describe arriba.
- ☐ NO CONSIENTO. (Su atención no se ve afectada por esta decisión.)

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Cuestionario del Nuevo Paciente

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Cuánto tiempo ha considerado la cirugía bariátrica?

¿Cómo se enteró por primera vez de la cirugía bariátrica?

¿Conoce a otros pacientes que se hayan sometido a cirugía bariátrica? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿fue exitosa la cirugía?

¿Sus amigos/familiares apoyan su decisión de considerar la cirugía bariátrica? ☐ Sí ☐ No

¿Ha intentado hacer dietas en el pasado? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto peso ha perdido mientras hacía dieta?

¿Cuántas dietas ha probado en el último año? ☐ 0 ☐ 1–3 ☐ 3–5 ☐ >5

¿Alguna vez ha intentado lo siguiente para perder peso?

☐ Atracones y purgas

☐ Atracones seguidos de restricción alimentaria

☐ Uso de laxantes

☐ Uso de diuréticos

☐ Uso de pastillas para adelgazar

¿Qué marca de pastillas para adelgazar probó?

¿Cuánto peso perdió con este tipo de pastilla?

¿Por cuánto tiempo usó esta pastilla?

¿Cuál es el peso máximo que ha alcanzado en su vida? _____ libras

¿Cuál es el peso más bajo que ha alcanzado en los últimos 10 años? _____ libras

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Cuestionario del Nuevo Paciente (cont.)

¿Alguna vez ha meditado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia diría que medita? (seleccione una)

☐ Todos los días

☐ Una vez por semana

☐ Una vez al mes

☐ De vez en cuando

☐ Lo he hecho una o dos veces

Si no, ¿está dispuesto a aprender a meditar?

☐ Sí

☐ No

☐ Tal vez

¿Ha oído hablar de la alimentación consciente (mindful eating)? ☐ Sí ☐ No

¿Siente que existe una conexión entre cómo se siente y sus pensamientos y acciones? ☐ Sí ☐ No

¿Se considera usted un comedor emocional?

☐ Sí

☐ No

☐ No estoy seguro/a

¿Cuál cree que es la razón principal por la que tiene sobrepeso?

☐ Como demasiados dulces altos en calorías

☐ Como demasiada comida normal

☐ Como demasiada comida normal y dulces altos en calorías

☐ Tengo un metabolismo anormal

☐ Tengo una discapacidad que limita mi movimiento

¿Cuál es su meta de peso personal con la cirugía? _____ libras

¿Cuál es su razón principal para intentar perder peso?

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMB

Historia Médica

¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?

Diabetes ☐ Sí ☐ No

Presión arterial alta ☐ Sí ☐ No

Colesterol alto ☐ Sí ☐ No

Triglicéridos altos ☐ Sí ☐ No

Prediabetes ☐ Sí ☐ No

Cáncer ☐ Sí ☐ No

Artritis ☐ Sí ☐ No

Apnea obstructiva del sueño ☐ Sí ☐ No

GERD / reflujo / acidez ☐ Sí ☐ No

Síndrome de ovario poliquístico ☐ Sí ☐ No

¿Dolor? Seleccione todo lo que aplique:

☐ Espalda

☐ Pie/Tobillo

☐ Rodilla

☐ Cadera

¿Alguna vez ha tenido cirugía? ☐ Sí ☐ No

Por favor enumere las operaciones a continuación:

Historia médica familiar (condiciones médicas en otros familiares):

¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes al día? _____

¿Es usted un ex fumador? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de fumar? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma? Seleccione todo lo que aplique:

Bebidas: ☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 3-5 ☐ >5

Frecuencia: ☐ Por día ☐ Por semana ☐ Por mes

Lista de medicamentos (por favor enumere a continuación):

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Síntomas

Síntomas (seleccione todo lo que aplique):

- | | |
|---|---|
| ☐ Visión borrosa | ☐ Visión doble |
| ☐ Pérdida de la visión | ☐ Pérdida del conocimiento |
| ☐ Dolor de pecho / palpitaciones | ☐ Falta de aire |
| ☐ Tos | ☐ Dolor abdominal |
| ☐ Náuseas | ☐ Vómitos |
| ☐ Diarrea | ☐ Estreñimiento |
| ☐ Sangre en las heces | ☐ Dolor al orinar |
| ☐ Sangre en la orina | ☐ Orinar con frecuencia |
| ☐ Hormigueo (manos o pies) | ☐ Debilidad |
| ☐ Fiebre | ☐ Escalofríos |
| ☐ Dolor de seno | ☐ Secreción del seno |
| ☐ Bultos en el seno | |

Otros síntomas no mencionados anteriormente:

Alergias:

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Cuestionario STOP-BANG Actualizado

¿Ronquidos?

☐ Sí ☐ No ¿Ronca fuerte? (¿Lo suficientemente fuerte como para oírse a través de puertas cerradas, o su pareja le da codazos por roncar en la noche?)

¿Cansancio?

☐ Sí ☐ No ¿A menudo se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día? (¿Como quedarse dormido manejando o hablando con alguien?)

¿Observado?

☐ Sí ☐ No ¿Alguien ha observado que usted deja de respirar o se ahoga/jadea mientras duerme?

¿Presión?

☐ Sí ☐ No ¿Tiene, o está recibiendo tratamiento para, presión arterial alta?

Índice de Masa Corporal

☐ Sí ☐ No ¿Índice de masa corporal mayor de 35 kg/m²?

Edad

☐ Sí ☐ No ¿Edad mayor de 50 años?

¿Cuello grande?

☐ Sí ☐ No (Medido alrededor de la manzana de Adán) Para hombres, ¿el cuello de su camisa mide 17 pulgadas / 43 cm o más? Para mujeres, ¿mide 16 pulgadas / 41 cm o más?

¿Género? (Seleccione uno)

☐ Masculino ☐ Femenino

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____