

PATIENT REGISTRATION

Raad Taki, M.D.
4580 E Camp Lowell Dr.
Tucson, AZ 85712
520-881-3232

Por favor proporcione una identificación con foto

Apellido	Nombre	Inicial
Seguro Social	Fecha de nacimiento	Correo Electrónico
Dirección	Ciudad/Estado	Código
Número de teléfono Primario	Número de teléfono Celular	Número de teléfono del Trabajo
Empleador	Ocupación	Dirección del trabajo
En Emergencia Contacto - Nombre	Relación	Número de teléfono

Razón de su consulta:

Por quién fue referido:

INFORMACIÓN DE SALUD:

Estatura _____ Peso _____ Estado Civil Casado(a) Soltero(a)

Uso de Sustancias: Informe al anesthesiólogo sobre el abuso de sustancias actual o pasado antes de cualquier procedimiento.

¿Fumas Tabaco? Si No ¿Si fumas cuanto y que frecuente? _____

¿Fumas Marijuana? Si No ¿Si fumas cuanto y que frecuente? _____

¿Vapeas? Si No ¿En caso afirmativo cuanto y que frecuente? _____

¿Es alérgico a algún medicamento? Si No

Si es así, ¿qué medicamento y cuál fue su reacción?:

ALERGIA AL LATEX? Si No **Allergias estacionales?** Si No

¿Eres alérgico a algún alimento u otras sustancias? Si No

Liste todas la medicinas que está tomando [incluyendo pastillas anticonceptivas, diuréticos, medicación para la presión arterial, o ASPIRIN, IBUPROFEN (ADVIL), NAPROXEN (ALEVE)]. Por favor incluya dispositivos implantados (dispositivo intrauterino, marcapasos).

PATIENT REGISTRATION

Cirugía Previa (por favor liste)
Operación

Año

Complicaciones, si alguna

¿Alguna vez ha tenido usted una **reacción** a la anestesia **general**? (Ser puesto a dormir) Si No

¿Alguna vez ha tenido usted una reacción a la anestesia **local**? (Ejemplo Novocaine) Si No

Historial Médico:

¿Alguna vez has tenido un problema con tu corazón? Si No

 ¿Tiene presión arterial alta o baja? Si No

 ¿Tiene latidos cardíacos rápidos o irregulares? Si No

 ¿Tienes mareos o desmayos? Si No

¿Alguna vez has tenido un problema con sus pulmones? Si No

 ¿Tienes asma o enfisema? Si No

 ¿Tienes apnea del sueño? Si No

 ¿Tienes un máquina de CPAP? Si No

¿Tienes problemas con reflujo ácido o acidez? Si No

 ¿Tomas medicinas para el reflujo or usa antiácidos? (lista arriba) Si No

¿Alguna vez has tenido problemas de sangrado excesivo? Si No

¿Alguna vez te han diagnosticado o cuidado para coágulos sanguíneos? Si No

¿Tienes diabetes? Si No

¿Alguna vez has tenido incautación? Si No

¿Alguna vez has tenido cuidado psiquiátrica? Si No

¿Alguna vez has tenido accidente cerebrovascular, parálisis, perdido la visión, meningitis, o polio? Si No

¿Has mirado otros cirujanos plásticos por la misma problema por cual viene hoy? Si No

¿Formas cicatrices gruesas? Si No

¿Tienes personal o historica familiar de cancer de mama? Si No

¿Has estado embarazada? Si No ¿Podrás estar embarazada ahora? Si No

¿Que tantos hijos tienes? _____

La historial médico de encima es la verdad y esta preciso a lo mejor de mi conocimiento

Signature: _____

Date: ____/____/____

Reconocimiento de Recibo de Prácticas de Privacidad de Información de Salud

Me presentaron una copia de **RAAD M. TAKI, M.D., P.C. Aviso de Prácticas de Información de Salud de Privacidad** que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitido por la ley estatal federal. Entiendo el contenido de la Notificación y solicito las siguientes restricciones con respecto al uso de mi información personal sobre medicamentos:

Además, permito que se use una copia de esta autorización en lugar de la solicitud original y el pago de los beneficios del seguro médico a la parte que acepta la asignación. Se aplican las normas relativas a las asignaciones médicas de beneficios.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación con el paciente (por ejemplo, cónyuge)

Relación: _____ **Presenciado por:** _____

Solo para uso interno:

Si el paciente o el representante del paciente se niega a firmar el acuse de recibo o la recepción de la notificación, documente la fecha y hora en que se presentó al paciente y firme a continuación.

Presentado el (fecha y hora):

Por (nombre y título): _____

COVID-19 ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el paciente abajo firmante, consiento a una consulta en persona y / o que el Dr. Raad Taki y / o su personal realicen procedimientos médicos, ya sean necesarios, electivos o estéticos, durante el tiempo de la pandemia de COVID-19 y después. Entiendo que las consultas en persona y / o que mi procedimiento se realice en este momento, a pesar de mis propios esfuerzos y los de mi médico, pueden aumentar el riesgo de mi exposición de COVID-19. Soy consciente de que la exposición al COVID-19 puede provocar enfermedades graves, terapias intensivas, intubación prolongada y / o asistencia respiratoria, cambios que alteran mi vida e incluso la muerte. También soy consciente de la posibilidad de que el procedimiento en sí, ya sea que se realice en el consultorio de mi médico o en un hospital, pueda dar como resultado un caso más grave de COVID-19 del que podría haber tenido sin el procedimiento.

También entiendo que las consultas en persona y / o que mi procedimiento se realice en este momento aumenta el riesgo de transmisión de COVID-19 a mi médico y / o personal. Este virus tiene un largo período de incubación, puede haber aspectos aún desconocidos de su transmisión, y me doy cuenta de que puedo ser contagioso, ya sea que me hayan realizado o no pruebas o tenga síntomas. Para reducir la posibilidad de exposición o transmisión de COVID-19 en el consultorio de mi médico, acepto que mi médico implementará procedimientos de control de infecciones con los que debo cumplir, antes, durante y después de mi consulta y / o procedimiento, para mi propia protección y de mi doctor. Entiendo que mi cooperación es obligatoria, independientemente de si personalmente considero que tales procedimientos COVID-19 y / o medidas preventivas son necesarias.

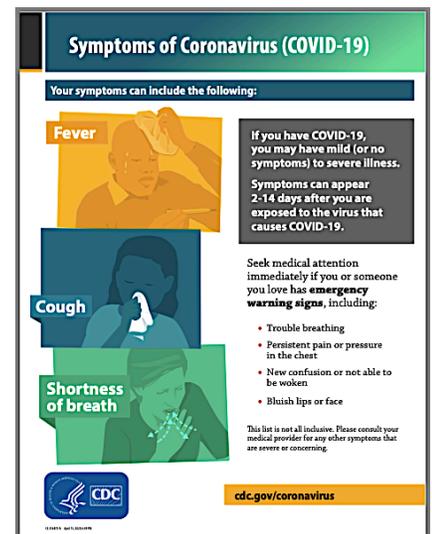
Le he informado a mi médico sobre cualquier prueba de COVID-19 que yo o cualquier persona que haya vivido conmigo durante los últimos 14 días haya recibido, así como los resultados de esa prueba, y si me hacen la prueba entre ahora y la fecha de mi procedimiento, proporcionaré inmediatamente el resultados de esa prueba a mi médico. Entiendo que mi médico puede requerir que me haga la prueba, posiblemente a mi propio costo y sin tener en cuenta ninguna prueba previa, y que los resultados de esa prueba deben ser satisfactorios para mi médico, antes de que pueda recibir mi procedimiento.

Confirmando que ni yo ni ninguna persona que viva conmigo tiene ninguno de los síntomas de COVID-19 enumerados por los Centros para el Control de Enfermedades <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/COVID19-symptoms.pdf>, a los que he consultado; Ni yo ni ninguna persona que haya vivido conmigo durante los últimos 14 días ha experimentado tales síntomas; y que yo y todas las personas que vivieron conmigo durante los últimos 14 días hemos practicado todas las recomendaciones de higiene personal, distanciamiento social y otras recomendaciones de COVID-19 contenidas en todas las órdenes gubernamentales emitidas por mi ciudad y estado. Entiendo que honestamente debo revelar esta información para evitar ponerme a mí y a otros en riesgo.

Todos los temas anteriores han sido discutidos conmigo y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Al estar completamente informado, acepto el riesgo de exposición a COVID-19 y asumiré el costo de cualquier tratamiento con COVID-19 requerido. Se me ha dado la oportunidad de posponer mi consulta y / o procedimiento en persona hasta que la pandemia COVID-19 sea menos frecuente, pero elijo que mi consulta y / o procedimiento en persona se realicen ahora. Si soy el padre, tutor o tutor del paciente, tengo su poder notarial para el cuidado de la salud. He leído este Acuerdo de consentimiento informado COVID-19 y estoy autorizado a dar su consentimiento en nombre del paciente.

Firma e iniciales del paciente / representante autorizado

Nombre y fecha impresos



Aviso y descargo de responsabilidad. La información médica cambia constantemente. Este COVID-19 acuerdo de consentimiento informado establece las recomendaciones actuales de The Aesthetic Society, se proporciona solo con fines informativos y no establece un nuevo estándar de atención. April 28, 2020