

HOUSTON LASER SKIN CENTER
SOLOMON S. BRICKMAN M.D.
 11730 FM 1960 WEST
 HOUSTON, TX 77065
 (281) 955-2263

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA: _____

QUESTIONARIO DE INTERES COSMETICO
INTERES SOBRE SUGERENCIAS MEDICAS (MARQUE TODO LO QUE APPLIQUE)

<input type="checkbox"/> BOTOX COSMETICO	<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS SOBRE CUIDADO DE LA PIEL
<input type="checkbox"/> REMOVIMIENTO DE VELLO SIN BISTURI	<input type="checkbox"/> SUGERENCIAS SOBRE PRODUCTOS FACIALES
<input type="checkbox"/> RELLENOS COLLAGENO/ RESTYLANE	<input type="checkbox"/> MICRODERMABRASION
<input type="checkbox"/> REMOVER VENAS FACIALES	<input type="checkbox"/> VARISES
<input type="checkbox"/> REMOVER VENAS DE LAS PIERNAS	<input type="checkbox"/> MANCHAS DE HIGADO
<input type="checkbox"/> BLOQUEADOR DE SOL/ DANO DE SOL	<input type="checkbox"/> DEPILACIONES GLYCOLICAS
<input type="checkbox"/> ARRUGAS DE LA CARA	<input type="checkbox"/> RELLENO DE LABIOS
<input type="checkbox"/> PATAS DE GALLO	<input type="checkbox"/> REJUVENACION DE LA PIEL
<input type="checkbox"/> SUDOR EXCESIVO	<input type="checkbox"/> ARRUGAS DE LA FRENTE
<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE LASER	<input type="checkbox"/> MANCHAS DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> CICATRICES DE ACNE	
<input type="checkbox"/> DEPILACIONES CHEMICAS/ DEPILACION DE LASER	
<input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFIQUE	

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, EN UNA ESCALA DEL 1 A 5 CIRCULE EL NUMERO APROPIADO:

CUANDO ME MIRO EN EL ESPEJO, YO CREO QUE ME VEO...

MAS JOVEN		VERDADERA EDAD		MAYOR QUE
1	2	3	4	5

HOUSTON LASER SKIN CENTER

SOLOMON S. BRICKMAN M.D., F.R.C.P. (C)

11730 FM 1960 RD W. HOUSTON, TX 77065

TEL: (281) 955-2263 FAX: (281) 955-7990

www.houstonlasers.com

HISTORIA DERMATOLOGICA

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

RAZON DE SU VISITA: _____

¿TIENE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO? SI NO

1: _____ 2: _____

LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

HISTORIAL MÉDICO (MARQUE LO QUE APLICA):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> MAREOS |
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS |
| <input type="checkbox"/> INFARTO/ PROBLEMAS DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> HEMORROIDES |
| <input type="checkbox"/> CANCER | <input type="checkbox"/> PERDIDA DE MEMORIA |
| <input type="checkbox"/> CATARATA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE RIÑON/ ORINA |
| <input type="checkbox"/> DEPRESION | <input type="checkbox"/> SANGRE EN MATERIA FECAL |
| <input type="checkbox"/> DESORDEN DE LA PIEL | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DIGESTIVOS |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE OIDOS |
| <input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSOS |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMITIBLES | <input type="checkbox"/> PRESION ALTA |
| <input type="checkbox"/> DERMATITIS ATOPICA | <input type="checkbox"/> ULCERA |
| <input type="checkbox"/> GLAUCOMA | <input type="checkbox"/> TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> FALTA DE RESPIRACION/ PROBLEMAS CON SUS PULMONES | |

HOUSTON LASER SKIN CENTER

SOLOMON S. BRICKMAN M.D., F.R.C.P. (C)

11730 FM 1960 RD W. HOUSTON, TX 77065

TEL: (281) 955-2263 FAX: (281) 955-7990

www.houstonlasers.com

A SIDO EXPUESTO/A O TIENE SIDA/HIV: SI NO

APUNTE CONDICIONES O ENFERMEDADES QUE TENGA: _____

APUNTE CIRUGIAS OBTENIDAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES: _____

¿TOMA ALCOHOL? : SI NO ¿CUANTO POR DIA? : _____

¿USA DROGAS? SI NO ¿CUALES? ¿CON QUE FRECUENCIA?:

¿FUMA? SI NO ¿CUANTO? ¿CON QUE FRECUENCIA?:

MUJERES- ¿ESTA EMBARASADA?: SI NO FECHA DE PARTO: ____/____/____

OCUPACION: _____ PASATIEMPO: _____

¿HAY ALGUN OTRO MIEMBRO DE SU FAMILIA CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE ESTAN LISTADAS ABAJO? (EJEMPLO: SUS PADRES, ABUELOS, HERMANOS/HERMANAS, TIOS/TIAS Y PRIMOS)

DIABETES: _____

INFARTOS: _____

PROBLEMAS DE CORAZON: _____

TUBERCULOSIS: _____

CANCER: _____

ESTE FORMULARIO FUE COMPLETO POR:

PACIENTE FIRMA DE PACIENTE: _____

ASISTENTE MÉDICO: _____ FECHA: ____/____/____

HOUSTON LASER SKIN CENTER

SOLOMON S. BRICKMAN M.D., F.R.C.P. (C)

11730 FM 1960 RD W. HOUSTON, TX 77065

TEL: (281) 955-2263 FAX: (281) 955-7990

www.houstonlasers.com

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

- AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR ESTA SOLICITUD. PERMITO UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN PARA SER UTILIZADO EN EL LUGAR DE LA ORIGINAL. _____ (INICIALES)
- YO AUTORIZO AL DR. SOLOMON S. BRICKAMN SOLICITAR BENEFICIOS DE MI PARTE SERVICIOS CUBIERTO PRESTADOS POR ÉL O POR SU ORDEN. SOLICITO QUE LOS PAGOS DE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS SE HAGAN DIRECTAMENTE AL DR. SOLOMON S. BRICKMAN. _____ (INICIALES)
- ESTA AUTORIZACOIÓN PUEDE SER REVOCADO A CUALQUIER MOMENTO POR ESCRITO TAL VEZ SEA YO O MI SEGURO. _____ (INICIALES)
- SI MI COMPAÑÍA DE SEGUROS CONSIDERA QUE UN PROCEDIMIENTO, PRUEBA O VISITA SER COSMÉTICOS O SE NEGÓ A PAGAR POR EL PROCEDIMIENTO O VISITA, YO VOY HACERME RESPONSIBLE DE LOS CARGOS. _____ (INICIALES)
- YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE DIVULGADO CON RESPECTO A LA COBERTURA DE MI SEGURO ES CORRECTA. _____ (INICIALES)

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN

FECHA

- **SOY CONCIENTE DE QUE SOY RESPONSIBLE DE UN CARGO DE \$25 POR CADA OCURRENCIE DE LA FALTA A UNA CITE CONFIRMADA EN ESTA OFICINA SIN UN MINIMO DE 24 HORAS DE ANTELACION.** _____ (INICIALES)

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN

FECHA

HOUSTON LASER SKIN CENTER

SOLOMON S. BRICKMAN M.D., F.R.C.P. (C)

11730 FM 1960 RD W. HOUSTON, TX 77065

TEL: (281) 955-2263 FAX: (281) 955-7990

www.houstonlasers.com

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

YO, _____, DOY MI CONSENTIMIENTO AL DR. SOLOMON S. BRICKMAN A DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A LAS PERSONAS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN. INCLUIDO RESULTADOS DE LABORATORIO, DIAGNOSTICO O DE MI DOLENCIA.

NOMBRE	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

NO DOY MI CONSENTIMIENTO _____ (INICIALES)

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

HOUSTON LASER SKIN CENTER ME HA NOTIFICADO QUE TIENEN UNA PÓLIZA DE PRIVACIDAD Y UNA DE ESTA PÓLIZA ESTA DISPONIBLE PARA MÍ A PETICIÓN.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN

FECHA

HOUSTON LASER SKIN CENTER

SOLOMON S. BRICKMAN M.D., F.R.C.P. (C)

11730 FM 1960 RD W. HOUSTON, TX 77065

TEL: (281) 955-2263 FAX: (281) 955-7990

www.houstonlasers.com

Comunicado De Prensa

Yo _____, autorizo a Houston Laser Skin Center, Solomon Brickman MD o cualquiera de sus encargados para tomar fotografías, diapositivas y videos de mí mismo.

Entiendo que las fotografías, diapositivas y videos serán utilizados como un registro de mis cuidados y pueden ser utilizados para la comunicación con otros profesionales del cuidado médico, publicaciones educativas (revistas médicas) y conferencias educativas. El contenido también puede ser usado para publicidad (incluyendo la publicación de sitio web, mensajes de facebook, etcetera).

Entiendo que si las fotografías, diapositivas y videos son utilizados en cualquier publicación o como parte de una demostración, mi información de identificación (solo iniciales) podrá ser utilizado, solo aunque indique diferentemente por debajo. No espero compensación financiera o de otra manera, para el uso de estas fotografías.

Health Insurance Portability y Accountability Act permanece en su lugar y he sido informado que absolutamente ninguna información médica será lanzada con la firma de este formulario.

Ahora, reconosco que pacientes que son menores de 18 años no pueden firmar sin su padre presente o permiso de los padres. Si usted es un padre para su hijo, escriba su nombre en el espacio provisto a continuación.

Si deseo revocar este consentimiento, yo puedo hacerlo por escrito.

Si desea negar este consentimiento, por favor marque esta casilla.

Firma del Paciente o Guardian: _____ Fecha _____

Nombre del Paciente: _____

HOUSTON LASER SKIN CENTER

SOLOMON S. BRICKMAN M.D., F.R.C.P. (C)

11730 FM 1960 RD W. HOUSTON, TX 77065

TEL: (281) 955-2263 FAX: (281) 955-7990

www.houstonlasers.com

Aviso de Ausencia/Cancelación de Cita

Con la disponibilidad de citas en alta demanda, se le facturará una tarifa de \$ 45 por Ausencia o si no proporciona un aviso de al menos 24 horas antes de la cancelación o cambio de su cita. Para evitar cargos, si se comunica con nosotros después del horario de atención, deje un mensaje detallado y le devolveremos su llamada lo antes posible.

Atentamente,

Dr. Brickman y Personal

Firma de Paciente

Fecha

HOUSTON LASER SKIN CENTER

SOLOMON S. BRICKMAN M.D., F.R.C.P. (C)

11730 FM 1960 RD W. HOUSTON, TX 77065

TEL: (281) 955-2263 FAX: (281) 955-7990

www.houstonlasers.com

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

NOMBRE: _____ M F
PRIMER SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NUMERO SOCIAL: ____-____-____

SOLTERO/A CASADO/A SEPARADO/A DIVORCIADO/A

VIUDO/A NOMBRE DE ESPOSO/A: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO DE CELLULAR: _____

EMPLEO: _____ TELEFONO DE TRABAJO: _____

MENOR DE EDAD NOMBRE DE PADRES/GUARDIAN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

EN CASO DE EMERGENCIA CON QUIEN NOS COMUNICAMOS:

NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

POR QUIEN FUE REFERIDO: _____

INFORMACCION DE SEGURO

SEGURO PRIMARIA: _____

PERSONA PRIMARIA DE SEGURO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SU RELACION A LA PERSONA PRIMARIA: _____

NUESTRA OFICINA NO PRESENTA CON CUALQUIER SEGURO SECUNDARIO

INFORMACION DE FARMACIA

NOMBRE DE FARMACIA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____