

Anne M. Nickodem, M.D., F.A.C.S.
Cirugía Cosmética y Reconstructiva

Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: M__ F__

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de Teléfono de casa: _____

Trabajo: _____

Cellular: _____

Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia / Relación: _____

Numero de teléfono: _____

Dirección: _____

Médico primario: _____ Teléfono: _____

Especialidad: _____

Como supo de nosotros? _____

Referido Por: _____

Firma de Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

3301 Woodburn Road
Suite 201
Annandale, VA 22003
703.560.8711
703.560.8725 fax

Anne M. Nickodem, M.D., F.A.C.S.

Cirugía Cosmética y Reconstructiva

Nombre: _____ Altura: _____ Peso: _____

Razón de Consulta/Visita: _____

Alergias

Médico: _____

Alimentos: _____

Látex: Sí/No

Medicinas de Prescripción	Dosis	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicinas sin receta	Dosis	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia social: Por favor conteste las preguntas aplicables

Fuma?: Sí/No Paquetes /Por día: _____ Alcohol: Sí/No Bebidas/Por día: _____

Drogas: Sí/No _____

Condiciones médicas: por favor circula éstos que le aplica

- | | | | |
|--------------------|---------------------|------------------------|------------------|
| Anemia | Cancer | Kidney Disease | Seizure Hx |
| Arthritis | Diabetes | Liver Disorders | Skin Disorders |
| Asthma | Glaucoma | Malignant Hyperthermia | Stroke |
| Bleeding Disorders | Heart Disease | Migraines | Thyroid Disease |
| Blood Clots | Hiatal Hernia | Neurologic Disorders | Ulcers |
| Bronchitis | High blood Pressure | Pneumonia | Vascular Disease |

Explicaciones: _____

Hospitalizaciones:

Razón: _____	Fecha _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cirugías:

Tipo	Hospital	Fecha
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Reacción de anestesia:

La fecha de último Examen Físico: _____ Médico: _____ Teléfono: _____

Razón: _____

Anne M. Nickodem, M.D., F.A.C.S.

Cirugía Cosmética y Reconstructiva

Historia de Seno

Edad de principio ciclo de menstrual: _____ Es su ciclo regular? _____

Tamaño actual de sostén: _____ Para cuánto tiempo? _____

Numero de embarazos: _____ Su edad en tiempo: _____

Le hizo comida de seno? _____ La duración: _____

Estas tomando o en tiempo has tomado suplementos de hormona o terapia? _____

Si sí, lista por favor: _____

Usted jamás tuvo un mamograma?: _____ La fecha de último estudio: _____

Dónde? _____

Conclusiones: _____

Jamás ha tenido usted cualquier enfermedad de seno? _____

Que tipo? _____

Jamás ha tenido usted una biopsia de seno? _____

Resultas: _____

Percibe usted los senos para ser simétrico en el volumen? _____ En la forma? _____

Si no, describe por favor diferencias: _____

Historia de cáncer de mama: La familia: _____ Personal _____

Experimenta cualquiera de los síntomas siguientes?

_____ dolor de cuello	_____ descarga de pezón
_____ dolor de espalda	_____ inversión de pezón
_____ esfuerzo de hombro	_____ dolor de pecho
_____ marca de la correa del sostén	_____ erupciones bajo el seno

Ha practicado tratamiento conservador como:

_____ Medicinas para la espalda/seno/dolor de hombro
lista las medicinas utilizaron: _____
Frecuencia de las medicinas necesitaron: _____
La duración de medicina utilizó: _____
_____ El uso de sostén de "deporte" o "apoya" sostén
La duración del uso: _____
_____ Otro (describa): _____
_____ Ninguno del antes mencionado

Si ha tenido cualquiera de las cirugías siguientes en los senos, indica por favor lado y fecha:

Biopsia _____	Aumento de seno _____
Elevación de pecho _____	Mastectomía _____
Reducción de seno _____	Reconstrucción _____

Anne M. Nickodem, M.D., F.A.C.S.
Cirugía Cosmética y Reconstructiva

NOTA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Dr. Nickodem participa actualmente con las compañías de seguros siguientes: Aetna, Anthem, Cigna, Mamsi, OneNet PPO, Tricare y United Healthcare. Archivaremos reclamos para estos poseedores de la política para procedimientos que son creídos médicamente necesario. Seremos felices de ayudarle a archivar su reclamo con cualquier otros portadores no listó proporcionandole arriba con documentación secundaria. Todo el copays y los honorarios son debidos en aquel momento de servicio.

El paciente es responsable de su contrato de seguro y comprendiendo su cubrió los servicios. Por favor cheque con su centro de apoyo de cliente con respecto a su cubrió los beneficios. Esté por favor enterado que algunos, y quizás todo, de los servicios los servicios proporcionado de no-cubrió y no considerado razonable y necesario bajo los estándares del sector de seguros.

El paciente será responsable de todos los honorarios no cubrió ni creyó no médicamente necesario por los portadores de seguro que participan.

Yo, el paciente abajofirmante (o el guardián), por la presente autoriza a Dr. Anne M. Nickodem para soltar cualquier y toda la información necesaria para procesar mi reclamo.

Autorizo el pago directamente al Dr. Anne M. Nickodem por mi compañía de seguro

_____.

He leído y he comprendido la información antes mencionada. Conuerdo en ser financieramente responsable de todos los honorarios relacionados a servicios no médicamente necesarios y/o cosméticos.

Paciente/Guardián Nombre Imprimió

Firma de Paciente/Guardián

Fecha: _____

Suite 201
3301 Woodburn Road
Annandale, VA 22003
(703) 560-8711
703) 560-8725 FAX

Anne M. Nickodem, M.D., F.A.C.S.

Cirugía Cosmética y Reconstructiva

Nota de Intimidad

El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, la Oficina de Derechos Civiles, bajo la Ley Pública 104-191, (La Transportabilidad de Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996) (HIPAA), los mandatos que publicamos esta Nota de Intimidad a nuestros pacientes. Esta nota a nuestros pacientes encuentra todos los requisitos actuales como relaciona a Estándares para la Intimidad de Información Individualmente Identificable de Salud (IIHI); afectando a nuestros pacientes. Es instado a leer esta nota.

Como parte del Estándar de Intimidad, aplicado el 14 de abril de 2001, es requerido a proporcionar esta oficina con un nuevo, firmado y fechado, Nota de Intimidad. Cada paciente debe recibir nuestra nueva Nota de Intimidad antes que esta oficina pueda utilizar su información para el tratamiento, para el pago, o para otras operaciones de asistencia médica (TPO).

Nuestra Nota de la Intimidad le informa de nuestro uso y revelación de su Información Protegida de la Salud (PI), definido como: "cualquier información, si oral o registrado en cualquier medio, que o es creado o es recibido por un proveedor de asistencia médica, por plan de salud, por la administración sanitaria pública, por el empleador, por compañía de seguros de vida, por la escuela o la universidad o por Banco de liquidación y de que relacionan al pasado, el presente o el futuro la salud o la condición físicas o mentales de un individuo, la provisión de asistencia médica a un individuo, o al pasado, el presente, o futuro pago para la provisión La asistencia médica a un individuo".

Nuestra oficina utilizará o revelará su PI para propósitos de tratamiento, el pago y otros propósitos de la asistencia sanitaria como requirió a proporcionarle los mejores servicios de asistencia sanitaria de calidad que ofrecemos. Es nuestra política de controlar acceso a su PI; e incluso en casos donde acceso es permitido, ejercitamos un "información necesaria mínima" restricción a ese acceso. Definimos la información necesaria mínima como el mínimo necesario para lograr la intención de la petición.

Le podemos contactar para proporcionar la cita recordatorios o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios de salud-relacionó y sobre los servicios que pueden ser de interés a usted.

Usted, el paciente tiene acceso a su información de la asistencia médica y puede solicitar para revisar su información, puede solicitar copias de su información, y bajo la ley usted puede solicitar enmiendas a su información. El médico o el director ejercerán juicio profesional con respecto a peticiones para enmiendas y no son atado por la ley para hacer ningún cambio a la información. Si el médico o el profesional concuerdan con la petición en enmendar la información, nosotros somos atados por la ley para respetar los cambios.

En circunstancias limitadas, La Intimidad permisos Estándar, pero no requiere, cubrió entidades para continuar cierto existir revelaciones de información de salud sin autorización individual para responsabilidades públicas específicas.

Estas revelaciones permitidas incluyen: circunstancias de emergencia; identificación del cuerpo de una difunta persona, o para participar en determinar la causa de mortalidad; sanitario necesita; investigación, generalmente limitado a cuando una renuncia de autorización es aprobada independientemente por una tabla de intimidad o Tabla Institucional de Revisión; descuido del sistema de asistencia médica; actos judiciales y administrativos; limitó aplicación de la ley actividades; y las actividades relacionaron a la defensa y la seguridad nacionales. Hay las leyes específicas de estado que requirieron la revelación de información de asistencia médica relacionaron a la Hepatitis C, y a SIDA. Dónde las leyes de estado son más rigurosas que Estándar de Intimidad de HIPAA, las leyes de estado prevalecerán.

Anne M. Nickodem, M.D., F.A.C.S.

Cirugía Cosmética y Reconstructiva

Nota de Intimidad

Todas estas revelaciones podrían ocurrir anteriormente bajo leyes y regulaciones anteriores sin embargo; El Estándar de Intimidad establece nuevas medidas de protección y los límites. Si hay ninguna otra requerir de ley que su información es revelada, utilizaremos nuestros juicios profesionales para decidir si revelar cualquier información, reflejando nuestras propias políticas y a directores éticos.

En algunas ocasiones nosotros podemos proporcionar su PI a un terceros. Esto podría ser una compañía de seguros para el propósito del pago u otro proveedor de asistencia médica para el tratamiento adicional o servicios adicionales. Aunque instituiremos un "cadena de confianza" contrato y vigilaremos los contratos de nuestros socios del negocio con nosotros, nosotros no podemos garantizar absolutamente que ellos no utilizarán ni revelarán que su PI de tal manera como violar el Estándar de Intimidad.

Aunque la ley requiera un firmado y fechado Nota de Intimidad, esta oficina no demanda que firma este acuerdo como una condición de candas del cuidado recipiente. Es la ley que sus derechos son comunicados en esta manera.

Es nuestra práctica de retener información sobre la no-asistencia sanitaria relacionó peticiones para su información de asistencia médica para un período de seis años.

A conformarse con el Estándar de Intimidad, nosotros hemos designado a un Oficial de Intimidad, entrenó a nuestro Oficial de Intimidad y el personal en la ley, y las políticas aplicadas para proteger su PI. Hemos instituido procesos de intimidad y seguridad para proteger y proteger su IIII. Esta oficina toma y continúa vigilar y mejorar pasos para la protección de su información y para quedarse en conformidad con el, la ley.

Tiene un derecho de archivar un reclamo con nuestra oficina, su plan de la salud, o con El Ministerio de Sanidad y Seguridad Social si cree que infracciones del Estándar de Intimidad han ocurrido. Nosotros no vengaremos contra usted para archivar un reclamo.

Por favor signo abajo de y fecha la forma que indica que ha recibido esta Nota de Intimidad.

Gracias.

La firma de Paciente o Representante Personal

Fecha: _____

Nombre Imprimió

Para más información sobre HIPAA o para archivar un contacto de reclamo:

El Departamento de EEUU de Servicios de la Salud & Humano
La oficina de Derechos Civiles
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, DC 20201 202.619.0257
Toll Free: 1.877.696.6775

Suite 201
3301 Woodburn Road
Annandale, VA 22003
(703) 560-8711
(703) 560-8725 FAX