



CIMISURGICAL

PLASTIC & RECONSTRUCTIVE SURGERY

Date/Fecha: _____

Patient Information/ Información del Paciente

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Street/Calle

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Sex/Sexo: _____ Age/Edad: _____ Birth Date/Fecha de Nacimiento: _____

Race/Raza: _____ Religion/Religión: _____ Marital Status/Estado Civil: _____

Number/Número Tel:

Home/Casa: _____ Work/Trabajo: _____ Cell/Celular: _____

Preferred Pharmacy/Farmacia Preferida

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Phone/Teléfono: _____

Emergency Contact/ Contacto de Emergencia

Name/Nombre: _____

Relationship/Relación a paciente: _____

Phone/Teléfono: _____

Referring Physician/Médico de Referencia

Doctor Name/Nombre de Medico: _____

Address/Dirección: _____

Phone/Teléfono: _____ Fax: _____

Primary Care Physician/ Doctor Primario

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

Phone/Teléfono: _____ Fax: _____

Insurance Information/ Información de Seguro Médico

Primary Insurance/ Seguro Médico Primario

Insurance Company/Nombre de Aseguradora: _____

ID #/# de ID: _____ Group #/# de Grupo: _____

Guarantor/Persona responsable por la cuenta:

Name/Nombre Last Name/Apellido

Relationship to Patient: _____ SS# _____ DOB: _____
(Relación al paciente) (Seguro Social) (Fecha De Nacimiento)

Secondary Insurance/ Seguro Médico Secundario

Insurance Company/Nombre de Seguro: _____

ID #/# de ID: _____ Group #/# de Grupo: _____

Guarantor/Persona responsable por la cuenta:

Name/Nombre Last Name/Apellido

Relationship to Patient: _____ SS# _____ DOB: _____
(Relación al paciente) (Seguro Social) (Fecha De Nacimiento)

Patient's / Responsible Party Signature
(Firma del paciente o persona responsable)

Date/Fecha

Assignment of Insurance Benefits/ Asignación de beneficios de Seguro

The undersigned hereby authorized the release of any information relating to all claims for benefits submitted on behalf of myself and/or dependents. I further expressly agree and acknowledge that my signature on this document authorizes my physician to submit claims for benefits, for services to be rendered, without obtaining my signature on each and every claim to be submitted for myself and/or dependents, and that I will be bound by this signature as though the undersigned had personally signed the particular claim.

El suscrito autoriza la divulgación de cualquier información relacionada con todos los reclamos de beneficios presentados en mi nombre y / o dependientes. Asimismo, entiendo y acepto expresamente que mi firma en este documento autoriza a mi médico presentar reclamos de beneficios, servicios prestados, sin obtener mi firma en todos y cada uno de los reclamos que se presenten para mí y / o dependientes, y estaré ligado por mi firma.

I, _____ hereby authorize _____ to pay and hereby assign
(Member of Insurance) (Insurance Carrier)
directly to _____ all benefits, if any, otherwise payable to me for his/her services
(Provider's Name)
as described on the attached forms, I understand I am financially responsible for all charges insured. I further acknowledge that any insurance benefits, when received by and paid _____, will be credited to my account, in accordance with the above said
(Provider's Name) assignment.

Yo, _____ por la presente autorizo a _____ a pagar y, por
(Miembro de Seguro) (Compañía de Seguro)
este medio, asigno directamente a _____ todos los beneficios, si los hubiere,
pagaderos a mí por sus servicios (Nombre del Médico) como se describe en los
formularios adjuntos, entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos asegurados. Además, reconozco que los beneficios del seguro, cuando los reciba y pague _____, se acreditarán a mi cuenta, de conformidad con la
(Nombre del Médico) mencionada anteriormente.

Patient's / Responsible party Signature
(Firma del paciente o persona responsable)

Date/Fecha

Chief Complaint/Queja Principal

Reason for visit/Razon de la Visita: _____

Height/Estatura: _____ Weight/Peso: _____

Current & Past Medical History/Condiciones médicas pasadas y presentes

| | Yes/Si | No | If yes explain/En caso de si por favor de explicar |
|---|---------------|-----------|---|
| Allergies/Immunologic Alergias/ Inmunológico: | _____ | _____ | _____ |
| Arthritis/Muscle/Joint Artritis / Músculo / Coyunturas: | _____ | _____ | _____ |
| Blood/Bleeding Disorder Hemorragias: | _____ | _____ | _____ |
| Diabetes/ Diabetes: | _____ | _____ | _____ |
| Eyes/Ojos: | _____ | _____ | _____ |
| Ears/Nose/Throat/ Mouth Oídos / Nariz / Garganta / Boca: | _____ | _____ | _____ |
| Headaches/Seizures Dolor de Cabeza/Convulsiones: | _____ | _____ | _____ |
| Heart/Corazón: | _____ | _____ | _____ |
| High Blood Pressure Presión Arterial: | _____ | _____ | _____ |
| Kidneys/Riñones: | _____ | _____ | _____ |
| Lungs/Pulmones: | _____ | _____ | _____ |
| Skin/Piel | _____ | _____ | _____ |
| Stomach/Intestines Estómago/Intestinos: | _____ | _____ | _____ |
| _____ | | | |
| Thyroid/Tiroide: | _____ | _____ | _____ |

Other information you think is important for your doctor to know/ Información adicional que usted crea que es importante que su médico deba saber:

Please indicate any allergies/ Por favor indique cualquier tipo de alergias:

Please List all Hospitalizations/operations/injuries/illnesses & Treatments along with dates / Por favor, enumere todas las hospitalizaciones / operaciones / lesiones / enfermedades y tratamientos junto con las fechas:

Social History/ Historial Social:

| | | |
|--|-----|----|
| Do you live alone/ Vive solo? | Yes | No |
| Do you smoke/ Fuma? | Yes | No |
| Do you drink alcohol/ Ingiere alcohol? | Yes | No |
| Do you use illicit drugs/ Usa drogas ilícitas? | Yes | No |

If yes to any questions above please explain/ Si respondió sí a alguna de las preguntas anteriores por favor explique: _____

Family History/Historial Familiar:

| | | | |
|---|-----|----|----------------------------|
| Cancer | Yes | No | Family Member's |
| Relationship: _____ | | | (Relación Familiar) |
| Heart Disease/ Enfermedades del Corazón | Yes | No | Family Member's |
| Relationship: _____ | | | (Relación Familiar) |
| Diabetes | Yes | No | Family Member's |
| Relationship: _____ | | | (Relación Familiar) |
| High Blood Pressure/ Presión Arterial? | Yes | No | Family Member's |
| Relationship: _____ | | | (Relación Familiar) |

Females Only/Feminas Solamente:

| | | |
|---|-----|----|
| Are you currently pregnant/ Está actualmente embarazada? | Yes | No |
| Planning to become pregnant/Está planeando quedar embarazada? | Yes | No |

Medications you are currently taking/ Medicamentos que está tomando actualmente:

- Name of Drug: _____ Dosage: _____ How Often: _____
Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
- Name of Drug: _____ Dosage: _____ How Often: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

3. Name of Drug: _____ Dosage: _____ How Often: _____
Nombre de medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

4. Name of Drug: _____ Dosage: _____ How Often: _____
Nombre de medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Other medical physicians you have seen in the past 2 years and the reason for the visit/ Otros médicos que ha visto en los últimos 2 años y el motivo de la visita:

Name of Physician & Specialty: _____
(Nombre del médico y la especialidad)

Reason for Visit: _____
(Razón de la visita)

Name of Physician & Specialty: _____
(Nombre del médico y la especialidad)

Reason for Visit: _____
(Razón de la visita)

Name of Physician & Specialty: _____
(Nombre del médico y la especialidad)

Reason for Visit: _____
(Razón de la visita)

I certify that outpatient services were rendered to me at this place of service. I hereby authorize release of information needed to collect reimbursement from my insurance carrier and I authorize payment(s) directly to Dr. Frank Ciminello Medical PC of any insurance benefits otherwise payable to me for the services rendered in this office.

Por la presente certifico que los servicios ambulatorios fueron brindados en esta oficina. Por lo presente autorizo la divulgación de la información necesaria para cobrar el reembolso a mi compañía de seguros y autorizo el pago(s) directamente al Dr. Frank Ciminello Medical PC de cualquier beneficio de seguro que deba pagarse por los servicios prestados en esta oficina.

Patient Signature/Firma de paciente

Date/Fecha