

# **SUSANA LEAL-KHOURI MDPA**

**580 Crandon Blvd # 101  
Key Biscayne, FL 33149**

**2750 SW 37<sup>th</sup> Ave  
Coral Gables, FL 33134**

**91550 Overseas Hwy # 207  
Tavernier, FL 33070**

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ APT#: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TEL#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CELULAR#(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_ ESTADO CIVIL: CASADO(A) SOLTERO(A) VIUDA DIVORCIADO(A)

EMAIL: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_ TEL#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ TEL#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

IDIOMA: \_\_\_\_\_ RAZA: \_\_\_\_\_ ETNICIDAD: \_\_\_\_\_

FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_ TEL#: \_\_\_\_\_

COMO ESCUCHO DE NOSOTROS \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SU VISITA HOY: \_\_\_\_\_

## **Historia Medica**

### **Historia Medica Pasada: (Marque las que aplican)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad              | <input type="checkbox"/> Depresion           | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo     |
| <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Leucemia           |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Perdida Auditiva    | <input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón   |
| <input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Linfoma            |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Senos       | <input type="checkbox"/> Hipertensión        | <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon       | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA            | <input type="checkbox"/> Radiación          |
| <input type="checkbox"/> COPD                  | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón  |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo     | <input type="checkbox"/> Ninguno            |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____          |  |   |

### **Historial Quirurgico: (Marque las que aplican)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Corazón  | <input type="checkbox"/> Cirugía de Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones, Rodilla (Derecha, Izquierda, Ambas) |  |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones, Cadera (Derecha, Izquierda, Ambas)  |  |
| <input type="checkbox"/> Histerectomia: Cáncer uterino                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones en los 2 últimos años                | <input type="checkbox"/> Ninguno             |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____   |  |

### **Historial de Enfermedades de la Piel: (Marque las que aplican)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne                        | <input type="checkbox"/> Eczema                      | <input type="checkbox"/> Moles precancerosos                 |
| <input type="checkbox"/> Queratosis Actínica         | <input type="checkbox"/> Picazón del cuero cabelludo | <input type="checkbox"/> Psoriasis                           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel vasocelular  | <input type="checkbox"/> Fiebre Alta/Alergia         | <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel de Células Escamosas |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras Solares/Ampollas | <input type="checkbox"/> Melanoma                    | <input type="checkbox"/> Ninguno                             |
| <input type="checkbox"/> Piel Seca                   | <input type="checkbox"/> Poison Ivy                  |  |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                |  |  |

**SUSANA LEAL-KHOURI MDPA**

**580 Crandon Blvd # 101  
Key Biscayne, FL 33149**

**2750 SW 37<sup>th</sup> Ave  
Coral Gables, FL 33134**

**91550 Overseas Hwy # 207  
Tavernier, FL 33070**

Usted usa protección Solar?  SI  NO

Si responde "SI", que SPF? \_\_\_\_\_

Usted se dora la piel en un salón?  SI  NO

Usted tiene historial de Melanoma en la familia?  SI  NO

Si responde "SI", que familiar(es)? \_\_\_\_\_

**Medicinas:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Social History:** (Please check all that apply)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No Activo(a) Sexualmente | <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol: Ninguno                  |
| <input type="checkbox"/> Activo(a) Sexualmente    | <input type="checkbox"/> Consumo de Alcohol: Menos de 1 trago por día |
| <input type="checkbox"/> Uso de Drogas            | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol: 1 a 2 tragos por día     |
| <input type="checkbox"/> Uso de Drogas con IV     | <input type="checkbox"/> Ninguno                                      |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____             |   |

**Smoking Status:** (Please check all that apply)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumador Diario          | <input type="checkbox"/> Nunca ha Fumado |
| <input type="checkbox"/> Fumador de Algunos días | <input type="checkbox"/> Solía Fumar     |

**Cautions / Alerts:** (Please check all that apply)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Adhesivos: erupción      | <input type="checkbox"/> Desfibrilador                            |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Lidocaína: picazon       | <input type="checkbox"/> MRSA                                     |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Lidocaína: palpitaciones | <input type="checkbox"/> Marcapasos                               |
| <input type="checkbox"/> Alergia a Lidocaína: sudores       | <input type="checkbox"/> Paciente vasovagal                       |
| <input type="checkbox"/> Alergia a crema antibiótica tópica | <input type="checkbox"/> Historia personal de Melanoma malignos   |
| <input type="checkbox"/> Válvula arterial artificial        | <input type="checkbox"/> Premedicación antes del procedimiento    |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones        | <input type="checkbox"/> Latidos cardiacos rápidos con epinefrina |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes                    | <input type="checkbox"/> Embarazada o planeando embarazo          |

## **NUEVO CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE Y FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO**

### **ASEGURAMIENTO DE BENEFICIOS DE SEGUROS**

Autorizo el pago de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro que de otra manera se me pagarían por los servicios médicos prestados a mí o a mi hijo directamente a SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A. Estos beneficios no están limitados a Políticas individuales, Políticas de grupo, Compensación de trabajadores, Responsabilidad, PIP o cualquier otra política que pueda cubrir beneficios de salud.

Cuando los BENEFICIOS DE MEDICARE / MEDICAID sean aplicables, certifico que la información proporcionada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVII o XIV de La Ley de Seguridad Social es correcta y requiere que estos pagos de beneficios autorizados se hagan directamente a SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A en mi nombre.

### **COLECCIONES DE BENEFICIOS DE TERCEROS**

Autorizo a SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A, para actuar en mi nombre para el cobro de los beneficios de cualquier tercero responsable por cualquier medio que pueda ser considerado necesario, y el endoso de los cheques de beneficios pagaderos a mí y / o SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A. o cualquiera de sus proveedores.

### **LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo a SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A para divulgar copias de la información en su poder, tal como se adquirió durante mi examen o el de mi hijo y / o tratamiento, a mis compañías de seguros en relación con mi tratamiento, con el propósito de cualquier pago de seguro, Medicare y Medicaid:

- Esta instalación y sus afiliados
- Organizaciones de revisión de utilidades o auditores
- Physician (Asistiendo y consultando)
- Otros profesionales de la salud aliados

### **GARANTÍA DE PAGO**

Por la presente entiendo que soy financieramente responsable del pago a SUSANA LEAL-KHOURI M.D.P.A. por cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguro, y todos los deducibles, co-seguros, co-pagos y cualquier saldo restante después del pago realizado por mi compañía de seguros. Esto incluye cualquier denegaciones de pago debido a la falta de necesidad médica o pre-certificación / autorización, falta de afiliación con un HMO o cualquier otra restricción impuesta como condición de mi cobertura de seguro. Además, entiendo y acepto que si esta cuenta se coloca para colección, seré responsable de pagar el saldo adeudado al médico, más el costo de la colección, honorarios, y / o incluyendo honorarios razonables de abogados si corresponde. Además, reconozco que he leído y revisado las POLÍTICAS FINANCIERAS de SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Doy mi consentimiento a todos los procedimientos y tratamientos médicos y quirúrgicos, que incluyen, entre otros, cirugía, tratamiento médico, anestesia, procedimientos de laboratorio y medicamentos que pueden ser realizados, administrados o brindados por o bajo instrucciones específicas o generales de mi médico. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para la representación de tratamiento médico por SUSANA LEAL-KHOURI, M.D. P.A y / o el personal médico, que puede incluir procedimientos diagnósticos y / o quirúrgicos de rutina, administración de inyecciones, y / o cualquier otro tratamiento médico que se considere necesario para el tratamiento y la mejoría de la condición del paciente.

Doy mi consentimiento para el examen, uso, almacenamiento y eliminación por SUSANA LEAL-KHOURI MDPA de cualquier tejido, huesos, órganos, líquidos o partes del cuerpo que puedan ser removidos durante el procedimiento, si cualquier individuo (s) bajo mi cuidado está expuesto a alguno de estos, doy mi consentimiento para que cualquier fluido corporal y / o tejido sea obtenido y enviado para cualquier prueba considerada razonable por mis proveedores de atención médica.

### **POLÍTICA DE PUERTA ABIERTA**

Debido a la naturaleza de la práctica, SUSANA LEAL-KHOURI, M.D. P.A. tiene una política de puertas abiertas. Las áreas de recepción y espera están abiertas y las puertas de las salas de examen se pueden mantener abiertas. Si tiene alguna pregunta u objeción a esta política, informe al funcionario de privacidad de nuestra oficina o al miembro del personal designado.

### **RECORDATORIOS DE CITAS**

Reconozco que esta práctica puede requerir llamadas para recordatorios de citas y / o cancelaciones. Autorizo el uso o divulgación de información médica para ponerme en contacto con usted como recordatorio. Este contacto puede ser por teléfono, por escrito, por correo electrónico o de otra manera y puede involucrar el dejar un mensaje en un contestador automático o cualquier otro dispositivo disponible. Si tiene alguna pregunta y / o objeción a esta política, infórmenos.

### **CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA**

Autorizo a SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A., Y sus afiliados para tomar fotos de mí y / o mi hijo. Para procedimiento (s) médico (s), cirugía (s) y condición (es) y para el uso de tales imágenes para fines de tratamientos, científicos, educativos o con propósitos de investigación.

## RELACIÓN ENTRE FACILIDAD Y MEDICO

SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A. desea divulgar a sus pacientes de acuerdo con la Estatutos de Florida 445.25 Divulgación de intereses financieros mediante la producción de lo siguiente:

Que tiene un interés financiero en

SUSANA LEAL-KHOURI, M.D. P.A ubicada en el 580 Crandon Blvd, Suite 101 Key Biscayne, FL 33149,  
Key Biscayne Surgery Center ubicada en el 580 Crandon Blvd, Suite 301 Key Biscayne, FL 33149,  
KHOURI LABORATORIES, INC ubicado en el 580 Crandon Blvd, Suite 201-A Key Biscayne, FL 33149.

Que SUSANA LEAL-KHOURI, MD es un médico licenciado y dermatólogo licenciado, empleado por SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A. y realiza exámenes patológicos en nombre de dicha corporación.

Usted, como paciente, tiene derecho a obtener fuentes alternativas de servicios para el laboratorio y el trabajo clínico como se indica a continuación.

**Los nombres y las direcciones de las fuentes alternativas para los servicios de laboratorio disponibles para el paciente son los siguientes:**

- (1) Dermopath Diagnostics, 895 SW 38th Ave # 101., Pompano Beach FL 33069 (954)633-3387
- (2) LabCorp of America, 4200 N. 29th Ave., Hollywood FL 33020 (800) 877-7831
- (3) Quest Diagnostics Clinical Laboratories, Inc., 1611 NW 12th Ave Miami FL 33136-1005 (866) -697-8378

**Los nombres y las direcciones de las fuentes alternativas para Cirugía Plástica / Reparaciones disponibles para el paciente son las siguientes:**

- (1) Dr. Thomas John Zaydon Jr., 3661 South Miami Ave, Suite 509 Miami, Florida 33133 (305) 326-6031
- (2) Dr. William Scott McDonald MD, 848 Brickell Ave, Suite 820 Miami, Florida 33131 (305) 388-8900
- (3) Dr. Jeffrey James Gibson MD, 3661 South Miami Ave Suite 403 Miami, FL 33133 (305) 8581986

Un cronograma de honorarios de tarifas típicas para los servicios generalmente proporcionados por los proveedores, es el examen de patología del espécimen con el código 88305 y para la reparación, los códigos 14000 hasta el 14302 o 15220 hasta el 15260. He leído lo antes mencionado y firmado en la disposición anterior de firma del paciente y bajo la publicación de la provisión de información en este mismo día.

## USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Entiendo que, como parte de mi atención médica, SUSANA LEAL-KHOURI, M.D. P.A., crea y mantiene registros en papel y / o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para el cuidado futuro del tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

Una base para planificar mi cuidado y tratamiento,

Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,

Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,

Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados en realidad fueron provistos y

Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, así como la evaluación, y revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y me han proporcionado un aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información que entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,

El derecho a objetar el uso de mi información de salud para propósitos de directorio, y

El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Entiendo que SUSANA LEAL-KHOURI, M.D.P.A., No está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, SUSANA LEAL-KHOURI M.D.P.A., puede negarse a tratarme según lo permitido por la sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.

Además, entiendo que SUSANA LEAL-KHOURI, M.D. P.A., Se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de su implementación, de acuerdo con La Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. SUSANAN LEAL-Khourri, M.D.P.A., Cambiara su aviso, tengo el derecho de obtener una copia de cualquier revisión.

Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información de salud protegida a otra entidad, y acepto dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax. Reconozco que he leído y revisado el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y estoy de acuerdo con eso.

Reconozco que este formulario se me ha explicado completamente y que he leído y entiendo cada una de las disposiciones que aparecen en este formulario, y que al firmar de esta forma, doy mi consentimiento a estas disposiciones individual y colectivamente.

---

Patient's Signature

Print Name

Date