

BREAST/BODY CONSULTATION

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ PROCEDIMIENTO ESTÁS INTERESADO? \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO QUIERES ESTE PROCEDIMIENTO? \_\_\_\_\_

PREGUNTAS QUE TIENEN SOBRE EL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

SOLO PARA PACIENTES CON SENOS:

Talla de sosten actual: \_\_\_\_\_ Talla de sosten deseada: \_\_\_\_\_

Descos individuales (por favor circule):

Levantamiento de senos: SI NO

Si NO hay levantamiento de senos, preferencia de incisión: AXILA DEBAJO DEL PECHO BAJO AREOLA

Locacion de implante: DEBAJO DEL MUSCULO ARRIBA DEL MUSCULO

Tipo de implante: SALINA SILICONA

(OFFICE USE ONLY)

PATIENT DATA

BLOOD PRESSURE: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ PULSE: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

WEIGHT: \_\_\_\_\_ HEIGHT: \_\_\_\_\_

CHILDREN: \_\_\_\_\_ NURSED: \_\_\_\_\_

NECK RANGE OF MOTION: LIMITED FULL

BREAST PATIENTS

Implant Sizes Tried \_\_\_\_\_

Patient Requests \_\_\_\_\_

Chest \_\_\_\_\_

Waist \_\_\_\_\_

Hips \_\_\_\_\_

Base Diameter RT \_\_\_\_\_ LT \_\_\_\_\_

IMPLANT: SMOOTH TEXTURED SALINE GEL HP UHP MOD MOD+ XTRA

BODY PATIENTS

PT REQUESTS: \_\_\_\_\_

AREAS: \_\_\_\_\_

ETHAN PHILPOTT, M.D.

RHIANNON HERTZBERG, L.M.E., C.L.T.

2255 North Scottsdale Road  
Scottsdale, AZ 85257  
Phone (480) 464-8000 Fax (480) 990-2556  
www.bodynew.com

**PATIENT INFORMATION**

Date: \_\_\_\_\_

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Male:  Female:

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

E-mail Address: \_\_\_\_\_

Social Security Number: XXX-XX- Date of Birth: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ What is best way to reach you?  text  phone  e-mail

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Parent/Spouse's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Primary Physician: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_

Pharmacy Cross Streets: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

How did you hear about us? Friend/Relative:  Employee:  Internet:  Media (Newspaper, Advertisement):

If you were referred by a friend, relative, or employee, please tell us their name: \_\_\_\_\_

**Authorization to Treat**

I hereby give my permission to Body Sculpting Center and BodyNew MedSpa licensed medical professionals to administer treatment and to perform procedures as may be deemed necessary in the diagnosis and/or treatment of myself or my dependents.

I understand that I will be charged a fee for missing or canceling an appointment if I do not notify the office at least **48 hours** prior to the appointment.

Patient's Signature: \_\_\_\_\_ Date Signed: \_\_\_\_\_  
(Parent if Patient is a Minor)

Received By: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE (Pagina 1 de 2)**

FECHA: \_\_\_\_\_

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

EDAD: \_\_\_\_\_

ALTURA: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

Por favor, indique la razón por la cual visita al Dr: \_\_\_\_\_

Problemas Medicos (Pression arterial alta, ataque de corazon, derrame cerebral, arthritis, fibromyalgia, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamento incluyendo vitaminas, hormonas, esteroides, aspirina, y / o medicamento sin receta (indique la dosis donde sea posible):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos / reaccion adversa a medicamentos tomado previamente?  
\_\_\_\_\_

Cirugias previas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tenido complicaciones por la anestesia o durante cirugia?  
\_\_\_\_\_

Historial de apnea del sueño?  
\_\_\_\_\_

Algún uso de productos de tabaco, alcohol o drogas ilícitas?  
Por favor, especifique qué tipo de producto y con qué frecuencia  
\_\_\_\_\_

**Historia Familiar** Tiene un historial familiar de cualquiera de las siguientes enfermedades?

Si	No	Cáncer de Mama	Si	No	Diabetes	Si	No	Enfermedades de Pulmón
Si	No	Desordenes Sanguíneas	Si	No	Epilepsia	Si	No	Problemas del Corazón
Si	No	Cáncer de _____	Si	No	Asma	Si	No	Enfermedades Renal
Si	No	Tuberculosis (T.B.)	Si	No	Embolia	Si	No	Hipertensión

La información anterior es verdadera y correcta en mi mejor conocimiento:

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Médico**

Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas?

**PULMONES (PULMONAR)**

	SI	NO
Asma	_____	_____
Tuberculosis (T.B.)	_____	_____
Tos crónica o frecuente	_____	_____
Radiografía de tórax anormal	_____	_____
Enfermedades Respiratorias	_____	_____
Nariz crónica/Quejas de sinusitis	_____	_____
Falta de aliento	_____	_____
Fuma	_____	_____

**HEMATOLÓGICA**

	SI	NO
Coágulos en las piernas	_____	_____
Embolismo pulmonar	_____	_____
Flebitis	_____	_____
Varices	_____	_____
Venas de araña	_____	_____
Anormalidades de coagulación	_____	_____
Trasfusión de sangre o plasma	_____	_____
Hemofilia	_____	_____
Hemorragias nasales recurrentes	_____	_____

**GASTROINTESTINAL**

	SI	NO
Ictericia o hepatitis	_____	_____
Enfermedades del hígado	_____	_____
Úlceras en el estomago	_____	_____
Acidez frecuente	_____	_____
Hernia	_____	_____

**RENAL**

	SI	NO
Enfermedad renal/Piedras	_____	_____
Infecciones frecuentes en la vejiga	_____	_____
Problemas de la próstata	_____	_____

**PIEL**

	SI	NO
Cáncer de Piel	_____	_____
Urticaria, eczema, erupciones	_____	_____
Forma grandes cicatrices/queloides	_____	_____
Medicamentos ACTH/Esteroides (Excluyendo las cremas / lociones)	_____	_____
Alérgico al látex o sutura	_____	_____
Infecciones frecuentes/ampollas	_____	_____
Herpes Labial/Fuegos de fiebre	_____	_____
Herpes genital	_____	_____
Usted ha sido diagnosticado con MRSA?	_____	_____

**NEUROLÓGICA**

	SI	NO
Embolia	_____	_____
Desmayos	_____	_____
Convulsiones	_____	_____
Epilepsia	_____	_____
Dolores de cabeza de migraña	_____	_____
Desorden de Déficit de atención	_____	_____
Bipolar	_____	_____

**MAMOGRAFÍA**

	SI	NO
Ha tenido usted una mamografía?	_____	_____
Si, cuando?	_____	_____

**CARDIOVASCULAR**

	SI	NO
Prolapso de la valvula mitral	_____	_____
Anemia	_____	_____
Presión arterial alta	_____	_____
Dolor en el pecho/angina de pecho	_____	_____
Ataque del corazón	_____	_____
Latidos del corazón irregulares	_____	_____
Fiebre reumática	_____	_____
Soplos del corazón	_____	_____
Niveles bajo de potasio	_____	_____
Electrocardiograma anormal	_____	_____
Marcapasos	_____	_____
Alguna enfermedad del corazón	_____	_____
Enfermedades de células falciformes	_____	_____

**MÚSCULO ESQUELÉTICO**

	SI	NO
Dolor crónico de la espalda o cuello	_____	_____
Artritis	_____	_____
Algún problema musculoesquelético?	_____	_____

**METABÓLICO**

	SI	NO
Reciente perdida/ganancia de peso inesperado?	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Problemas Tiroides/Bocio	_____	_____
Cambios en medicamento para la tiroides	_____	_____
Sudores nocturnos/Fiebres	_____	_____
SIDA (HIV +)	_____	_____
Sensibilidad al Frío	_____	_____
Cambios en la piel	_____	_____
Perdida de cabello	_____	_____
Estreñimiento frecuente	_____	_____
Cambios menstruales	_____	_____
Cansada frecuentemente	_____	_____

**OJOS**

	SI	NO
Glaucoma	_____	_____
Perdida de la visión	_____	_____
Usa lentes o pupilentes	_____	_____
Visión doble	_____	_____
Sequedad	_____	_____
Lesion corneal	_____	_____

**MENTAL**

	SI	NO
Tiene o ha tenido problemas emocionales?	_____	_____
Alguna crisis emocional reciente?	_____	_____
Algún abuso verbal o sexual?	_____	_____
Historial de abuso de sustancias?	_____	_____

**EMBARAZO**

	SI	NO
Alguna posibilidad de embarazo?	_____	_____
Ha tenido una ligadura de trompas o histerectomía?	_____	_____

**Firma del Paciente o Responsable**

## Consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi atención médica, Body Sculpting Center, produce y mantiene documentos y/o registros electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para futuros cuidados o tratamientos. Entiendo que dicha información sirve como:

- Una base para la planeación de mis cuidados y tratamientos
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mis cuidados
- Una fuente de información para aplicar mi información de diagnóstico y quirúrgica a mi cuenta o factura
- Un medio por el cual una tercera entidad puede verificar que los servicios facturados fueron en realidad provistos y
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Yo entiendo y he sido provisto de un Aviso de prácticas de información que incluye una descripción más completa de los usos y la divulgación de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a disputar el uso de mi información médica para propósitos del directorio, y
- El derecho a solicitar que se apliquen restricciones acerca de cómo se usa o divulga mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, pago o las operaciones de atención médica.

Yo entiendo que Body Sculpting Center no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o al revocar este consentimiento, la organización puede reusarse a tratarme conforme lo permite la Sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales (Section 164.506 of the Code of Federal Regulations).

Además entiendo que Body Sculpting Center se reserva el derecho de cambiar sus avisos y prácticas antes de la implementación, de acuerdo con la Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales (Section 164.520 of the Code of Federal Regulations). En el caso que Body Sculpting Center cambie su aviso, se enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado (ya sea por correo U.S. mail o, de haberlo acordado, por correo electrónico).

Me gustaría tener las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi información:

---

Entiendo que como parte del tratamiento, pago o las operaciones de atención médica de esta organización, puede llegar a ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra identidad, y otorgo mi consentimiento para dicha divulgación en estos casos permitidos, incluyendo la divulgación vía fax.

¿Existe alguna otra persona involucrada en las decisiones que usted tomará con respecto a su procedimiento quirúrgico, o cualquier otra discusión con el médico o el personal después del procedimiento quirúrgico? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor especifique: Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Si escojo involucrar a alguna otra persona en mis elecciones, toma de decisiones o cualquier otra evaluación o comentario en mis resultados, yo me haré personalmente responsable de proveerle a dicha persona con una copia de los documentos médicos, documentos de consentimiento informado, formas de consentimiento operativas e información de los fabricantes de los implantes (si aplica). Además, alentaré a la persona a leer los documentos a detalle para que podamos llegar a un entendimiento y aceptación de las opciones y riesgos, así como de las ventajas y desventajas antes de la cirugía. Finalmente, invitaré y alentaré a la persona a participar en todas mis consultas con mi educador del paciente (en persona o por teléfono) y en persona para mis consultas con el médico.

Entiendo y acepto que soy el responsable único de las decisiones que tome y de las solicitudes que haga. Si involucro a alguien más en mis decisiones, es mi entera responsabilidad conciliar sus deseos e ideas con lo que yo quiero para mi propio cuerpo. El médico se basará únicamente en las solicitudes por escrito que yo haga durante el proceso de educación y consulta, y cualquier otra petición hecha por cualquier otra persona deberá ser incluida en las solicitudes por escrito antes de la cirugía. Antes de la cirugía, yo soy responsable de hacer mis propias elecciones y tomar mis propias decisiones. Después de la cirugía, yo soy el responsable único de mis elecciones y decisiones, y sólo yo discutiré mis preocupaciones que tenga con el médico y su personal.

Entiendo y acepto en su totalidad los términos de este consentimiento.

---

Firma del paciente

Fecha