

Nombre del Paciente: _____

Historia del paciente (Contracción capsular)

Día de la cirugía: _____ Cuando tiempo después de la cirugía noto el cambio? _____

Cuando comenzó el cambio: _____ Usted ha tenido este problema anteriormente? Si No

Qué tipo de cambio noto? (Por favor marque el que aplica para usted): Dolor Cicatriz Posición Duro

Otro Si es otro por favor explíquelo _____ Ha tenido este problema antes? Si No

Si usted marco si, diga cuándo? _____ Recibió tratamiento? Si No

Si usted marco si en que consistió el tratamiento: _____

Historia medica del paciente: Por favor seleccione.

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Marcapasos/desfibrilador | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | Hipertensión/presión arterial alta | <input type="checkbox"/> |
| Problemas del Corazón/ angina | <input type="checkbox"/> | Deficiencia respiratoria Asma | <input type="checkbox"/> |
| Alergias (medicamentos) | <input type="checkbox"/> | Enfermedades cerebro vasculares | <input type="checkbox"/> |
| Es alérgico al látex? | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> | Es posible que este embarazada? | <input type="checkbox"/> |

Antes/después de la cirugía tuviste?

Tuvo exceso de marcas de hematomas de color negro o morado Si No Fuma o usa tabaco Si No

Quedaste embarazada o lactaste Si No Regreso al gimnasio antes de 6 semanas Si No

Tuvo infección en el seno o en la cicatriz Si No Tuvo algún tratamiento dental o limpieza? Si No

Sostuvo trauma o lesión en el seno Si No Tenido un seroma o hematoma drenado Si No

Tipo de implante: Silicón/Salina/ Otro: _____ Implante Encima/Debajo el Musculo: _____

Tamaño de Implante: _____ cc's

Otras cuestiones usted siente se relacionan con el inicio de esta condición: _____

Cuáles son sus metas en venir estas terapias? _____

Como se ve usted limitado/a en sus actividades del día a día? _____

Cultural/Religioso- Costumbre o creencias religiosas o deseos que puedan afectar su tratamiento: _____

Ocupación: _____

Usted hace ejercicios regularmente? Si No Si usted contesto sí, con que frecuencia? _____

Cuanto tiempo? _____ Que tipo de ejercicios hace: _____

Tiene usted dificultad durmiendo por su condición? Si No

Nombre del Paciente: _____

Como aprende mejor usted? Fotos lectura Escuchando Demostración

Por favor detalle en nombre de todos los medicamentos que usted está tomando actualmente:

Por favor detalle cualquier cirugía que usted ha tenido (en orden cronológico) y la fecha de cada cirugía:

1. EN UNA ESCALA DEL 0-10 (el 10 siendo lo peor en endurecimiento y 0 normal blandura) Que numero diría usted tiene el implante de su seno(s) en firmeza AHORA? (Por favor circular):

2. EN UNA ESCALA DEL 0-10 (el 10 siendo lo peor forma/posición y 0 normal forma/posición) A que grado diría usted está su seno(s) AHORA? (Por favor circular):

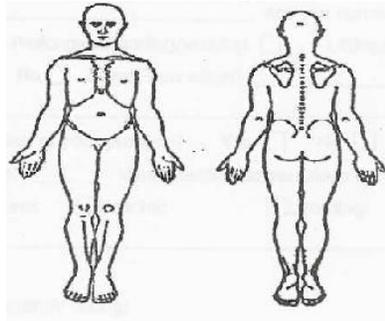
CONDUCTA DEL DOLOR: Por favor MARQUE todo lo que le aplique a usted.

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| Dolor <input type="checkbox"/> | Palpitante <input type="checkbox"/> | Agudo <input type="checkbox"/> | Firmeza <input type="checkbox"/> |
| Eléctrico/Punzante <input type="checkbox"/> | Tirantez/estrechez <input type="checkbox"/> | Intermitente <input type="checkbox"/> | |

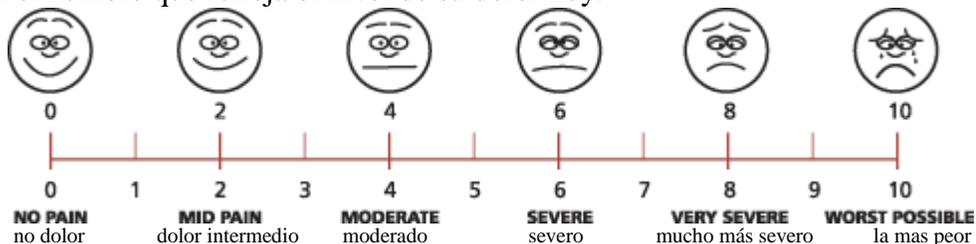
Su dolor es peor: Por favor MARQUE todo lo que le aplique a usted.

| | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|---|
| Levantando el brazo <input type="checkbox"/> | Ejercicio <input type="checkbox"/> | Pararse <input type="checkbox"/> | Acostado en su estomago <input type="checkbox"/> | Acostado de lado <input type="checkbox"/> |
| En el AM <input type="checkbox"/> | Al progresar el día <input type="checkbox"/> | En el PM <input type="checkbox"/> | Al descansar <input type="checkbox"/> | En movimiento <input type="checkbox"/> |

Marque en el dibujo abajo las arias donde usted siente su dolor o cuáles son las arias de problema.



Por favor circular el numero que refleja el nivel de su dolor hoy.



Firma: _____ Fecha: _____



Broward County, Florida

CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO

Quien firma abajo autoriza a ASPEN REHABILITATION o a otra persona a fotografiar _____ mientras el paciente esta dentro de Aspen Rehabilitation, y esta de acuerdo que ellos puedan usar los negativos o impresiones para otros propósitos tales como tratamientos, investigaciones y de tal manera pueden ser considerado necesario. Este consentimiento nos libra expresamente de cualquier responsabilidad a todos los anteriormente mencionados, al personal de la clínica y sus consultantes.

Fotografía tomada por el personal o autorizados de Aspen Rehab.

El propósito de la fotografía es para investigaciones, progreso del tratamiento, y documentación para el doctor.

Firma _____
Paciente quien va ser fotografiado

Testigo

Fecha

Hora

Contrato de la confidencialidad del paciente, acuerdo do no divulgar, y de no competir

La siguiente es un acuerdo de CONFIDENCIALIDAD, de no divulgar o propagar, y acuerdos de no competir con SMART SOLUCIONES DE SALUD, PA d / b / a Aspen Rehabilitation y Tecnologías de Aspen Rehab, LLC (de aquí en adelante, ambos referidos como la 'Compañía'), y yo (letra de imprenta), _____ (en lo sucesivo como "paciente"), este acuerdo constituye una consideración por la prestación de servicios de tratamiento como paciente estoy de acuerdo a lo siguiente.

Estoy de acuerdo en todo momento durante el tratamiento, discusión, entrenamiento, y como paciente con la Compañía, de mantener la más estricta confianza, y no usar, excepto para el beneficio de la Compañía, o para el tratamiento directo de mí mismo, el paciente, para no revelar a cualquier y todos los funcionarios de mi médico remitente, socios (de mis médicos), otros profesionales médicos, personas, empresas o corporaciones sin autorización escrita de Tim Weyant, Director General (CEO) de Aspen Rehabilitation, o cualquier información confidencial de la Compañía.

Entiendo la información Confidencial incluye técnicas de tratamiento, las maniobras de terapia manual, técnicas de masaje, equipos médicos parámetros de tratamiento o protocolos, incluyendo pero no limitado a: el uso de ultrasonido o las aplicaciones de E-STIM, y los vendajes y las técnicas de compresión de la prenda. También me comprometo a no competir o divulgar a: los médicos que me refirió, fuentes de referencia, datos, secretos de la industria, o de los conocimientos, incluyendo pero no limitado a: la investigación, planes de producto, productos, servicios, listas de clientes y los clientes (incluyendo, pero sin limitarse a : los clientes de la Compañía a quien yo eh llamado o con quien me he familiarizado durante el plazo de negocios) los mercados, programas de computación (software), desarrollos, invenciones, procesos, fórmulas, la tecnología, diseños, dibujos, ingeniería, información de configuración de equipos, mercadeo, finanzas, y otra información comercial (de la Compañía) revelada a mí por la Compañía, ya sea directa o indirectamente, por escrito, verbalmente o por los dibujos o la observación de piezas o equipos.

Además, entiendo que la información confidencial no incluye ninguno de los artículos precedentes cuando se han llegado a dominio público y puesta a disposición a través de ningún acto ilícito del paciente u otras personas que estaban bajo las obligaciones de confidencialidad en cuanto al material implicado. Esto incluye las fuentes de referencia (médicos) ya establecidas, las oficinas del médico, y programas de mercadeo, establecido por el paciente, antes del comienzo de los negocios con la Compañía.

Estoy de acuerdo que no divulgare, durante las conversaciones, la formación, y el tratamiento como paciente, no usare in apropiadamente, ni revelare ninguna información confidencial o secretos de la industria a cualquier empleador anterior o empleador concurrente o entidad comercial. Esto incluye el uso o divulgación a cualquier y todos los miembros del personal con y sin licencia, amigos o miembros de la familia del paciente. No voy a introducir en su establecimiento de la Compañía ningún documento no publicado o información de propiedad que pertenece a cualquier empleador, persona o entidad, únicamente si está autorizado por escrito por dicho patrono, la persona o entidad. Entiendo que la propiedad de la información mencionada se mantiene como patente protegida en los Estados Unidos y ejecutable por leyes estadounidense en materia de Patentes.

Estoy de acuerdo que, en cualquier momento, en caso de negocio, discusión, investigación y desarrollo de ser terminado por cualquiera de los partidos, voy a entregar a la empresa (y no retendré en mi poder, ni recreare, o entregare a otra persona) cualquiera y toda documentación, notas, gráficos, dispositivos, registros, datos, informes, propuestas, listas, correspondencia, especificaciones, dibujos, planos, bocetos, materiales, equipos, otros documentos o bienes, o reproducciones de arriba mencionado, desarrollados o suministrados por la Compañía, y Tim Weyant, de conformidad con lo discutido, la producción, investigación y desarrollo con la empresa o de otro tipo pertenecientes a la Compañía, sus sucesores o cesionarios.

En todo momento, mientras que este acuerdo está en vigor y después de su expiración o terminación, estoy de acuerdo en abstenerse de competir con, al revelar, o solicitar los médicos que refirieron la Compañía, los mercados públicos, incluyendo medios impresos, radio o televisión, listas de clientes, los secretos comerciales, o otros datos confidenciales. Estoy de acuerdo en adoptar medidas de seguridad razonables para evitar la divulgación accidental y el espionaje industrial.

Mientras este acuerdo está en vigor, me comprometo a utilizar mi mejor esfuerzo en el desempeño de su trabajo, y cumplir con el contrato de no divulgar y los términos de no competir de este acuerdo.

Después de la expiración o terminación de este acuerdo me comprometo a no competir con la Compañía y / o Weyant Tim, únicamente con la autorización expresa y por escrito de la Compañía.

COMO TESTIGO, un representante de la Compañía y yo hemos firmado este acuerdo.

Paciente, Representante
Nombre:

Firma:

Fecha:

Para la Compañía

Firma

Fecha



Aspen Rehabilitation
9900 W. Sample Rd., Suite 102
Coral Springs, FL 33065
Office: (954) 341-7875 Fax: (954) 341-7895
www.aspenaftersurgery.com

LA AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

1. Yo la persona que firma, actuando de mi parte como el representante legalmente autorizado del paciente mencionado aquí debajo. Doy consentimiento al tratamiento proveído por SMART HEALTH SOLUTIONS, PA haciendo negocios como **Aspen Rehabilitation**. Estoy de acuerdo en recibir tratamiento por sus empleados, contratistas independientes, y socios que están relacionados Con el cuidado y tratamiento designado.
2. Entiendo y reconozco que soy completamente responsable del pago y cualquier carga para el cuidado y servicios proporcionados por Aspen Rehabilitation. Si tengo derecho a beneficios o seguro de cualquier tipo de ninguna póliza de seguro, incluyendo, pero no limitado a.: Medicare, Protección contra lesiones personales (PIP), o otro seguro de automóvil y seguro de responsabilidad civil donde me cubre a mi o cualquier partido que tenga responsabilidad civil (liability ins) asía mí, yo autorizo el pago de estos beneficios directamente a la Aspen Rehabilitation. Entiendo aún más y reconozco que Aspen Rehabilitation me facturará por cualquier Co-pago y/o balance pendiente después de que mi portador del seguro haya pagado o ha negado mi reclamo, y yo seré responsable por cualquier balance no pagado. Entiendo aún más que Aspen Rehabilitation puede mandar cualquier balance sobresaliente a una agencia de la colección y/o a un abogado de colecciones para recuperar los fondos sobresalientes y además el costo de colecciones y/o los gastos legales y judiciales será agregado al balance sobresaliente.
3. Entiendo que Aspen Rehabilitation puede compartir mi información médica, sin mi consentimiento o expresa autorización a mi médico, proveedores, pagadores, socios y otras entidades para el tratamiento, pagó o servicios de asistencia médica, mi firma abajo autoriza a compartir mi información y que ninguna información será compartida, usada, diseminada y coleccionada para cualquier otro objetivo, previamente descrito.
4. Entiendo que Aspen Rehabilitation proporcionara servicios de terapia con tratamiento que pueden implicar riesgos y lesiones. Reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía como resultado de mi exanimación, cuidado, o tratamiento. Reconozco que tengo el derecho de solicitar una explicación de riesgo y beneficio de los servicios proporcionados.
5. **Reconozco que el tratamiento terapéutico después de cirugía estética puede implicar la manipulación de los tejidos de las zonas afectadas, que pueden incluir los senos, las nalgas, o la región del abdomen. Entiendo que se harán todos los esfuerzos para asegurar a una terapeuta femenina para proveer el tratamiento, pero también que un terapeuta masculino en algunas ocasiones podría proveer la evaluación inicial y tratamiento periódico de seguimiento. Entiendo que en el caso que el terapeuta sea hombre, un miembro del personal femenino estará presente durante la sesión.**
6. Reconozco que Aspen Rehabilitation no es legalmente responsable por los actos o omisiones de sus contratistas independientes.
7. Entiendo que la política de cancelación de citas de Aspen Rehabilitation debe hacerse con **24 horas de anticipación o habrá un cargo impuesto de \$ 40.00**, también entiendo que si no asisto a la terapia en 2 o más ocasiones me pueden cancelar los servicios de terapia. _____ (*iniciales*)
8. Yo por la presente reconozco que he recibido una copia de Aspen Rehabilitation sobre la NOTICIA DE PRACTICAS para mi revisión, anteriormente de recibir servicios iniciales de Aspen Rehabilitation, ahora o en el pasado.

Firma: (El paciente o la persona autorizaron legalmente consentir para el paciente)

Fecha:

La relación con el paciente: _____

Paciente incapaz de consentir debido a: _____



Aspen Rehabilitation 9900 W. Sample Rd., Suite 102 Coral Springs, FL 33065

Office: (954) 341-7875 Fax: (954) 341-7895

www.aspenaftersurgery.com