



DR. IRFAN I. WADIWALA / DR. ALEX TSE

Board Certified General Surgeon
& Weight loss Surgery
www.info@houstonweightlossdr.com

5220 FM 2920, Suite 120,
Spring, Tx, 77388
Ph. (281) 653-6544 Fax (281) 807-9702

DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO:				Medico primario:				
INFORMACIÓN DEL PACIENTE								
Apellido del paciente:		Primero:	Medio:	☐ Sr. ☐ Señora.	☐ Señorita	Estado civil (círculo uno) Soltera/ casada / Div / Sep / Viudo(@)		
¿Este es tu nombre legal? ☐ Sí ☐ No		Si no, ¿cuál es su nombre legal?		(Nombre anterior):		Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: ☐ M ☐ H
Dirección:			Seguro Social n.o:		Número de teléfono residencial: ()			
Ciudad:		Estado:		Código postal:				
Ocupación:		Empleador:			Número de teléfono celular: ()			
Quien le refirió con nosotros (marque una casilla): ☐ Familia ☐ Amigo ☐ Cerca de casa/trabajo				☐ Dr. _____ ☐ Otro _____		☐ Plan de Seguros		☐ Hospital
Otros miembros de la familia han tenido consulta con nosotros?								

INFORMACIÓN DE SEGURO					
(Por favor, dé su seguro a la recepcionista.) Tarjeta					
Persona responsable de la factura:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Número de teléfono residencial: ()	
¿Esta persona es paciente aquí? ☐ Sí ☐ No					
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:		Número de teléfono del empleador: ()	
¿Este paciente está cubierto por un seguro? ☐ Sí ☐ No					
Indique el seguro primario ☐					
Nombre del suscriptor:	S.S. No. del suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Número de grupo:	N.o de política:	
Relación del paciente con el suscriptor: ☐ propio ☐ Cónyuge ☐ Niño ☐ Otro					
Nombre del seguro secundario (si corresponde):		Nombre del suscriptor:		Número de grupo:	N.o de política:
Relación del paciente con el suscriptor: ☐ propio ☐ Cónyuge ☐ Niño ☐ Otro					

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre del amigo o pariente local (no vive en la misma dirección):	Relación con el paciente:	Número de teléfono residencial: ()	Número de teléfono de trabajo: ()
Certifico que la información brindada es verídica. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo a la compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos. Houston Surgical Weight Loss Irfan I. Wadiwala, D.O. / Dr. Alex Tse www.Houstonsurgicalweightloss.com			



DR. IRFAN I. WADIWALA / DR. ALEX TSE

Board Certified General Surgeon
& Weight loss Surgery
www.info@houstonweightlossdr.com

5220 FM 2920, Suite 120,
Spring, Tx, 77388
Ph. (281) 653-6544 Fax (281) 807-
9702

Firma del paciente/guardián

Fecha

Nombre (Apellido, Nombre): ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento:
---	----------------------

Estatus Civil: ☐ Soltero(a) ☐ En pareja ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)	
Médico anterior o de referencia:	Fecha del último examen físico:

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

Le han diagnosticado alguna enfermedad? Si su respuesta es si, porfavor enliste los diagnosticos en la parte de abajo.

Cirugias:

AÑO	MOTIVO	HOSPITAL

Otras Hospitalizaciones:

AÑO	MOTIVO	HOSPITAL



DR. IRFAN I. WADIWALA / DR. ALEX TSE

Board Certified General Surgeon
& Weight loss Surgery
www.info@houstonweightlossdr.com

5220 FM 2920, Suite 120,
Spring, Tx, 77388
Ph. (281) 653-6544 Fax (281) 807-
9702

¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre?	Si	No
--	----	----

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

EDAD		PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS	EDAD		PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS
Padre			Hijos	☐ M ☐ H	
Madre				☐ M ☐ H	
Hermano	☐ M ☐ H			☐ M ☐ H	
	☐ M ☐ H		☐ M ☐ H		
	☐ M ☐ H		Abuela <i>Materna</i>		
	☐ M ☐ H		Abuelo <i>Materna</i>		
	☐ M ☐ H		Abuela <i>Paternal</i>		
☐ M ☐ H		Abuelo <i>Paternal</i>			

Haz una lista de los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre, como vitaminas e inhaladores

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia tomada

Alergias a los medicamentos

Nombre del medicamento	Reacción que tuviste

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA PÉRDIDA DE PESO

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SE MANTENDRÁN Estrictamente CONFIDENCIALES.

Ejercicio	☐ Sedentario (No ejercicio)			
	☐ Ejercicio suave (es decir, subir escaleras, caminar 3 cuerdas, golf)			
	☐ Ejercicio vigoroso ocasional (es decir, trabajo o recreación, menos de 4x/semana durante 30 min.)			
	☐ Ejercicio vigoroso regular (es decir, trabajo o recreación 4x/semana durante 30 minutos)			
Dieta	¿Estás a dieta?			☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿algún médico le prescribió una prescrita dieta médica?			☐ Sí ☐ No
	¿Cuáles son tus comidas que comes en un día promedio?			
	Ingesta de sal de rango	Alta	☐ Moderado	☐ Bajo
	Ingesta de grasa de clasificación	☐ Alta	☐ Moderado	☐ Bajo
Cafeína	☐ Ninguno	☐ Café	☐ Té	☐ Cola
	¿Cuántas tazas/latas por día?			
Alcohol	¿Bebes alcohol?			☐ Sí ☐ No
	¿Cuántas bebidas por semana?			
	¿Le preocupa la cantidad que bebe?			☐ Sí ☐ No
	¿Has considerado dejar el alcohol?			☐ Sí ☐ No
	¿Alguna vez has experimentado bajones por no tomar alcohol?			☐ Sí ☐ No
	¿Eres propenso a beber mucho?			☐ Sí ☐ No
Tabaco	¿Usas tabaco?			☐ Sí ☐ No
	☐ Cigarrillos – por/día	☐ Masticar - s/día	☐ Pipas - s/día	☐ Cigarros - s/día
	☐ Número de años	☐ año de dejaste de fumar		
Drogas	¿Utiliza actualmente drogas recreativas o callejeras?			☐ Sí ☐ No
	¿Alguna vez has usado drogas callejeras con una aguja?			☐ Sí ☐ No
Sexo	¿Eres sexualmente activo?			☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿estás tratando de quedar en embarazo?			☐ Sí ☐ No
	¿Estas utilizando un método anticonceptivo?			
Seguridad personal	¿Vives solo?			☐ Sí ☐ No
	¿Tienes caídas frecuentes?			☐ Sí ☐ No
	¿Tiene pérdida de visión o audición?			☐ Sí ☐ No
	¿Tiene una Directiva Anticipada y/o Testamento?			☐ Sí ☐ No

SALUD MENTAL

¿El estrés es un problema importante para ti?	☐ Sí	☐ No
¿Te sientes deprimido?	☐ Sí	☐ No
¿Te asustas cuando estás estresado?	☐ Sí	☐ No
¿Tienes problemas para comer o tu apetito?	☐ Sí	☐ No
¿Lloras con frecuencia?	☐ Sí	☐ No
¿Alguna vez has intentado suicidarte?	☐ Sí	☐ No
¿Alguna vez has pensado seriamente en lastimarte?	☐ Sí	☐ No
¿Tienes problemas para dormir?	☐ Sí	☐ No
¿Has ido alguna vez a un consejero?	☐ Sí	☐ No

OTROS PROBLEMAS

Compruebe si tiene o ha tenido algún síntoma en las siguientes áreas en un grado significativo y explique brevemente.

☐ Piel	☐ Pecho/Corazón	☐ Cambios recientes en:
☐ Cabeza/Cuello	☐ Espalda	☐ Peso
☐ Oídos	☐ Intestinal	☐ Nivel de energía
☐ Nariz	☐ Vejiga	☐ Capacidad para dormir
☐ Garganta	☐ Intestino	☐ Otros dolores/incomodidades:
☐ Pulmones	☐ Tráfico	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre anterior: _____ Número de Seguro Social: _____
 Solicito y autorizo DR. _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Permiso para divulgar información médica del paciente mencionado con anterioridad a: **DR. IRFAN I WADIWALA/DR. ALEX TSE**

Esta solicitud y autorización se aplica a:

- ☐ Información sanitaria relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas: _____
- ☐ Toda la información sanitaria
- ☐ Otro: _____

Definición: Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) según lo definido por la ley, RCW 70.24 y siguientes, incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venéreo, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y gonorrea.

- ☐ Sí No ☐ Autorizo la publicación de mis resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas, a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Entiendo que la(s) persona(s) enumerada(s) indicada(s) es notificada(s) que debo dar permiso específico por escrito antes de divulgar estos resultados de la prueba a cualquier persona.
- ☐ Sí No ☐ Autorizo la divulgación de cualquier registro con respecto a drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha de firma: _____



Dr. Irfan Wadiwala/ Dr. Alex Tse



REV 09/2025

#drwadiwadiwalapatient

Política financiera

Gracias por elegir Houston Surgical Weight Loss como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con su experiencia con nuestra oficina siendo una agradable y positiva, y a que su tratamiento sea exitoso. La siguiente es una declaración de Política Financiera, que le exigimos que firme y lea antes de cualquier visita y/o tratamiento. Tenga en cuenta que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento y aceptamos efectivo, débito y tarjetas de crédito. Todos los copagos deben ser pagados en el momento de su visita.

Nuestro dedicado personal trabajará diligentemente para asegurar que sus reclamos de seguro se presenten con precisión y prontitud. Se le pedirá que muestre su tarjeta de seguro en el momento del servicio. Si no puede proporcionar esta información, se le pedirá que pague por el servicio prestado ese día. **Requerimos el pago de copagos en el momento de su visita, así como el pago de porciones deducibles y de seguro antes de las cirugías programadas. La cantidad requerida será el resultado de la verificación de los beneficios proporcionados por su plan de seguro.** Los pacientes no asegurados deben consultar con nuestro gerente de oficina para discutir los descuentos y hacer arreglos de pago.

Es **responsabilidad del paciente reenviar** cualquier/todos los pagos al proveedor de seguros en un asunto oportuno para solicitar el deducible/seguro. Puede llamar a su proveedor de seguros para obtener información sobre dónde llegar a la cumbre de su recibo. Para cualquier reembolso con tarjeta de crédito/débito, se agregará una(s) tarifa(s) de procesamiento.

Cobro de Seguros y Seguros

Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros nosotros pudiéramos ser o no ser parte de ese contrato. Aunque no estamos contratados con su seguro, presentaremos su seguro como cortesía y un servicio para usted, y absorberemos todos los costos incurridos. Nuestro personal trabajará diligentemente para asegurar que sus reclamos de seguro se presenten con precisión y prontitud. Sin embargo, si su compañía de seguros no nos reembolsa dentro de los 60 días, el saldo adeudado se convierte en su responsabilidad.

Si bien presentamos todas las reclamaciones de seguro primario, por favor entienda que todo el reembolso del seguro puede ser un proceso largamente difícil, a menudo resultando en retrasos prolongados y significativamente reducido el reembolso. Para ayudarnos a agilizar el proceso de pago de reclamos y reducir los retrasos, autorice y consienta lo siguiente:

Nuestra práctica **NO** es responsable de ningún otro cargo como: Hospital, anestesia, laboratorios, patología y radiología relacionados con su atención quirúrgica.

Cumplimiento y Divulgación bajo el Código de Ocupaciones de Texas - Sección 102.006

En cumplimiento con la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas en relación con mi consentimiento informado y elección personal de médicos e instalaciones únicamente basados en la calidad y seguridad de la atención, la reputación de satisfacción del paciente, y mi conocimiento en mi toma de decisiones en el ejercicio de mis derechos con respecto a la cobertura dentro o fuera de la red y el reparto de costos, mi médico o médico(s) asistente(s) y/o clínica (facilidad) me han revelado en el momento del contacto inicial y en el momento de la remisión con respecto a la elección de un médico o centro únicamente en interés de mi calidad y seguridad médica, como resultado de mi consentimiento informado y elección personal del médico (s) y / o centro: (A) su afiliación, si la hubiera, con el médico o centro para el que el paciente es referido y (B) que él / , directa o indirectamente, remuneración por referirme a mi solicitud y ejercer mis derechos de libertad de elección para el proveedor(s) y la instalación bajo la cobertura dentro o fuera de la red según lo dispuesto en mi plan de salud, de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables, Medicare, ERISA, PPACA y la Sección 102.006 del Código de Ocupaciones de Texas.

El médico o centro puede o no tener afiliación y remuneración: Humble Surgical Hospital, Methodist Willowbrook Hospital, St. Lukes the Vintage Hospital, Memorial Hermann Cypress Hospital, HCA Townsen Hospital system.

Certifico que mi médico asistente me informó de los recursos alternativos efectivos razonables disponibles en el momento de mi toma de decisiones, y mi opción de utilizar uno de los recursos alternativos, y que mi médico asistente me aseguró que no será tratado de manera diferente por el médico y su personal si elijo un proveedor o entidad alternativa.

Certifico que mi(s) médico(s) asistente(s) ha hecho referencias a los otros proveedores o entidades no participantes basándose únicamente en las necesidades de mi atención médica individual, el estándar de atención de la comunidad médica y mi elección informada para la calidad y seguridad de la atención que estaré esperando y recibiendo, y para la reputación profesional del proveedor y la satisfacción del paciente con el fin de proporcionarme atención médica de calidad y asequible que yo personalmente esperaba bajo mi plan de salud para la cobertura fuera de la red.

He leído y entiendo completamente este Formulario de Divulgación y Autorización. Por la presente autorizo esta referencia a proveedores o entidades no participantes y fuera de la red como se mencionó anteriormente.

Asigno mis beneficios de seguro y autorizo el pago a:

Irfan I. Wadiwala, DO/ Alex Tse M.D/ Houston Surgical Weight Loss

También autorizo al Dr. Wadiwala/ Dr. Tse y o Houston Surgical Weight Loss a presentar apelaciones en mi nombre y, si está justificado, presentar una queja con respecto a mi compañía de seguros ante la Asociación Médica de Texas y el Departamento de Seguros de Texas.

REV 09/2025

Firma

Fecha de firma



DR. IRFAN I. WADIWALA / DR. ALEX TSE

Board Certified General Surgeon
& Weight loss Surgery
www.info@houstonweightlossdr.com

5220 FM 2920, Suite 120,
Spring, Tx, 77388
Ph. (281) 653-6544 Fax (281) 807-
9702

Comprender mi cobertura de seguro

Nombre del paciente:

Yo, _____ he discutido mi cobertura de seguro incluyendo cualquier copago aplicable, seguros y deducibles que puedan aplicarse a mi visita de oficina y/o procedimiento realizado por Dr. Irfan I. Wadiwala D.O./ Dr. Alex Tse M.D, con el personal de la oficina.

Entiendo que la oficina de Houston Surgical Weight Loss recogerá de mí hoy o establecerá un arreglo de plan de pago conmigo para cualquier copago, seguros y deducibles aplicables que puedan aplicarse a mi oficina y / o procedimientos realizados por Irfan I. Wadiwala, D.O./Dr. Alex Tse M.D.

Se me ha explicado que las reclamaciones de proceso de las compañías de seguros a medida que se reciben y cualquier monto deducible pagado a General, oficina de Cirugía Laparoscópica y Bariátrica no puede ser de hecho aplicar a su(s) reclamo(s) una vez que mi proceso de seguro los reclamamos. Además, tengo en cuenta que, si esto sucede y se aplica un sobrepago a mi cuenta, que la oficina de Houston Surgical Weight Loss me reembolsará cualquier sobrepago que se deba a mí.

Entiendo que se me cobra en base a mis beneficios de seguro y verificación.

Nombre del Paciente/Firma

Firma del Paciente

Fecha

Explicación y Asignación de Beneficios

El siguiente es un acuerdo legal entre usted y Houston Surgical Weight Loss (el "Proveedor"), en el que usted otorgará ciertos derechos al Proveedor para buscar, recibir y/o obligar el pago de su aseguradora de salud. El seguro médico es un contrato entre usted y su aseguradora. Con el fin de que el Proveedor recoja dinero de su compañía de seguros debe asignar ese derecho al Proveedor. Al firmar este documento, usted otorga la Proveedor de varios derechos para buscar, recibir y/o obligar pagos en su nombre de su aseguradora (u otros responsable). Los derechos cedidos incluyen, entre otros, el derecho a cobrar el pago, el derecho a apelaciones por denegación de pagos, y el derecho a emprender acciones legales si su aseguradora (u otra parte responsable) no paga. Por favor, lea atentamente lo siguiente y firme a continuación para indicar su aceptación

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, CESIÓN DE DERECHOS PARA PERSEGUIR A ERISA, Y OTROS
RECLAMACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS ASOCIADAS CON MI SEGURO DE SALUD
Y/O PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUYENDO EL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) Y
DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por la presente cedo y transmito directamente al Proveedor, como mi representante autorizado designado, todos los beneficios y/o reembolso de seguro, si lo hubiera, de otra manera pagadero a mí por servicios, tratamientos, terapias, y/o medicamentos prestados o proporcionados por el Proveedor, independientemente de su red de atención administrada participación/estado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier pagos de seguros o beneficios. Por la presente autorizo al Proveedor a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Además, autorizo a mi administrador del plan fiduciario, asegurador y/o información previa solicitud por escrito del Proveedor o de sus abogados con el fin de reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la asignación de los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro anterior, también asigno y/o transmitir al Proveedor cualquier reclamación legal o administrativa o eligió en acción que surja bajo cualquier grupo plan de salud, plan de beneficios para empleados, seguro de salud o seguro de tort-feasor con respecto a los gastos médicos como resultado de los servicios médicos, tratamientos, terapias y/o medicamentos que recibí de la Proveedor (incluyendo cualquier derecho a perseguir esas reclamaciones legales o administrativas o elegido en acción). éste constituye una cesión expresa y consciente del incumplimiento ERISA de reclamaciones de derechos fiduciarios y otros y/o reclamaciones administrativas.

Pretendo por esta asignación y designación de representante autorizado para transmitir al Proveedor todos mis derechos a reclamar (o gravar) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por el Proveedor, incluidos los derechos a cualquier acuerdo, seguro o recursos administrativos (incluidos los daños y perjuicios derivados del incumplimiento de los derechos fiduciarios de ERISA). El ceto y/o representante designado (el Proveedor) tiene el derecho de (1) obtener información con respecto a la reclamación en la misma medida que yo; 2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) hacer cualquier solicitud, incluyendo la notificación o recepción de la notificación de procedimientos de apelación; (5) participar en cualquier acciones administrativas y judiciales y perseguir reclamaciones o eligió en acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía de seguros, plan de beneficios para empleados, plan de beneficios de atención médica o administrador del plan. El Proveedor como mi cesionario y mi representante autorizado designado pueden presentar una demanda contra cualquier beneficio de atención médica plan de beneficios para empleados, administrador del plan compañía de seguros a mi nombre con gastos del proveedor.

A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA (cuidado de la salud Legislación de reforma), ERISA, Medicare y las leyes federales y estatales aplicables. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válido, lo mismo que si fuera el original.

He leído y entiendo plenamente este acuerdo.

Nombre del paciente

Firma del paciente



DR. IRFAN I. WADIWALA / DR. ALEX TSE

Board Certified General Surgeon
& Weight loss Surgery
www.info@houstonweightlossdr.com

5220 FM 2920, Suite 120,
Spring, Tx, 77388
Ph. (281) 653-6544 Fax (281) 807-
9702

Hoja de Informacion de Farmacia

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Telefono de Farmacia: _____

Fax de la Farmacia (Opcional): _____

Dirreccion de la Farmacia:

CUESTIONARIO GERD

Nombre del paciente: _____ **fecha de nacimiento:** _____

Fecha de hoy: _____

¿Tiene alguno de los síntomas siguientes:

Por favor, responda a las siguientes preguntas con: **SÍ / NO** & frecuencia **3 MO / 1 año/3 + AÑOS**

Preguntas	Sí	No	¿frecuencia?
1 ¿Tienes acidez estomacal o reflujo?			
2 ¿Tiene dificultad para tragar?			
3 ¿Eructa / eructos muchas veces?			
4 ¿Experimenta dolor en el pecho / o molestias en el pecho?			
5 ¿Tiene problemas con la dentadura causada por el reflujo ácido?			
6 ¿Al dormir roncas con frecuencia?			
7 ¿Tiene problemas para dormir o dificultad para respirar?			
8 ¿Tiene mal aliento crónico?			
9 ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para H-Pylori o úlceras?			

10 Si usted respondió (Sí) a la pregunta 9 cuál es el nombre del medicamento: _____

11 ¿Ha tenido un Endoscopia? Sí / No y el nombre del doctor: _____

12 Por favor, seleccione que medicamento para la acidez que ha sido prescrito o tomado sin receta
PRILOSEC / PREVACID / NEXIUM / PROTONIX / ZEGERID / ACIPHEX / DEXILANT / OTROS:

13 Por favor, selecciona cual antiácidos ha tomado para el reflujo:

TUMS / PEPTO-BISMOL / AMPHAJEL / ALKASELTZER / OTROS: _____

Firma del paciente: _____ **Testigo:** _____