

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

|   |            |                          |                              |                  |                                   |
|---|------------|--------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN DE SEGURO</b>  |            |                          |                              |                  |                                   |
| Persona responsable de la factura:  |            | Fecha de nacimiento:     | Dirección (si es diferente): |                  | Número de teléfono residencial:   |
|   |            | / /                      |                              |                  | ( )                               |
| ¿Esta persona es paciente aquí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |            |                          |                              |                  |                                   |
| Ocupación:  | Empleador: | Dirección del empleador: |                              |                  | Número de teléfono del empleador: |
|   |            |                          |                              |                  | ( )                               |
| ¿Este paciente está cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |            |                          |                              |                  |                                   |
| Indique el seguro primario <input type="checkbox"/>   |            |                          |                              |                  |                                   |
| Nombre del suscriptor:  |            | S.S. No. del suscriptor: | Fecha de nacimiento:         | Número de grupo: | N.o de política:                  |
|   |            |                          | / /                          |                  |                                   |
| Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro |            |                          |                              |                  |                                   |
| Nombre del seguro secundario (si corresponde):  |            | Nombre del suscriptor:   |                              | Número de grupo: | N.o de política:                  |
|   |            |                          |                              |                  |                                   |
| Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro |            |                          |                              |                  |                                   |

|   |  |                           |                                       |
|---|--|---------------------------|---------------------------------------|
| <b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>  |  |                           |                                       |
| 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:<br>( ) |
| 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 <a href="http://www.Houstonsurgicalweightloss.com">www.Houstonsurgicalweightloss.com</a> |  |                           |                                       |
| Firma del paciente/guardián   |  | Fecha                     |                                       |

|   |                      |
|---|----------------------|
| Nombre (Apellido, Nombre):<br><br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento: |
|---|----------------------|

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Estatus Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 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 |
|                          |        |          |
|                          |        |          |
|                          |        |          |
|                          |        |          |
|                          |        |          |
|                          |        |          |

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

**HISTORIA DE SALUD FAMILIAR**

| EDAD   |  | PROBLEMAS DE SALUD<br>SIGNIFICATIVOS | EDAD   |  | PROBLEMAS DE SALUD<br>SIGNIFICATIVOS |
|--|--|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <b>Padre</b>   |  |                                      | <b>Hijos</b>   | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      |
| <b>Madre</b>   |  |                                      |  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      |
| <b>Hermano</b>   | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      |  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |  |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      | <b>Abuela</b><br><i>Materna</i>                          |  |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      | <b>Abuelo</b><br><i>Materna</i>                          |  |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |                                      | <b>Abuela</b><br><i>Paternal</i>                         |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> H |  | <b>Abuelo</b><br><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.

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

**SALUD MENTAL**

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿El estrés es un problema importante para ti?     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Te sientes deprimido?                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Te asustas cuando estás estresado?               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienes problemas para comer o tu apetito?        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Lloras con frecuencia?                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez has intentado suicidarte?             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez has pensado seriamente en lastimarte? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tienes problemas para dormir?                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Has ido alguna vez a un consejero?               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**OTROS PROBLEMAS**

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

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Piel          | <input type="checkbox"/> Pecho/Corazón | <input type="checkbox"/> Cambios recientes en:        |
| <input type="checkbox"/> Cabeza/Cuello | <input type="checkbox"/> Espalda       | <input type="checkbox"/> Peso                         |
| <input type="checkbox"/> Oídos         | <input type="checkbox"/> Intestinal    | <input type="checkbox"/> Nivel de energía             |
| <input type="checkbox"/> Nariz         | <input type="checkbox"/> Vejiga        | <input type="checkbox"/> Capacidad para dormir        |
| <input type="checkbox"/> Garganta      | <input type="checkbox"/> Intestino     | <input type="checkbox"/> Otros dolores/incomodidades: |
| <input type="checkbox"/> Pulmones      | <input type="checkbox"/> 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 01/2026

#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 01/2026

Firma

Fecha de firma



DR. IRFAN I. WADIWALA / DR. ALEX TSE

Board Certified General Surgeon  
& Weight loss Surgery  
[www.info@houstonweightlossdr.com](http://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](http://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**

| <b>Preguntas</b>  | <b>Sí</b> | <b>No</b> | <b>¿frecuencia?</b> |
|---|-----------|-----------|---------------------|
| 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:** \_\_\_\_\_