TOOMARI SURGERY
ADVANCED MINIMALLY INVASIVE SURGERY

PERFIL DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN OBLIGATORIO

Nombre	Segundo nombre	Apellido(s)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX)	Estatura (pulgadas)	Peso (libras)	**Género:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro

Origen étnico: ☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Asiático ☐ Hispano/latino ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO OBLIGATORIO

Teléfono celular	Correo electrónico

Teléfono de casa	Otro teléfono	¿Acepta mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No ¿Necesita intérprete? ☐ Sí Idioma: _____

Dirección (calle y número)	Ciudad	Estado	Código postal

CONTACTO DE EMERGENCIA OBLIGATORIO

Nombre	Teléfono celular	Parentesco

SEGURO MÉDICO / PAGO OBLIGATORIO

Plan de salud principal

Nombre del plan	Número de afiliado (ID)	Grupo / Nombre de la empresa	Fecha de vigencia (MM/DD/AAAA)

Garante (nombre del asegurado)	Fecha de nacimiento del garante (MM/DD/AAAA)

Plan de salud secundario

Nombre del plan	Número de afiliado (ID)	Grupo / Nombre de la empresa	Fecha de vigencia (MM/DD/AAAA)

Garante (nombre del asegurado)	Fecha de nacimiento del garante (MM/DD/AAAA)

DIRECTIVA ANTICIPADA Y REPRESENTANTE PARA DECISIONES MÉDICAS

¿Directiva anticipada / testamento vital? ☐ Sí ☐ No	¿Representante para decisiones médicas? ☐ Sí ☐ No
Nombre del representante	Teléfono del representante

SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Médico de atención primaria	Teléfono	Fax

Cardiólogo	Teléfono	Fax

Médico que lo refirió	Teléfono	Fax

Farmacia de preferencia	Teléfono	Dirección

OCUPACIÓN

Ocupación / puesto de trabajo	Exigencia física del trabajo:
	☐ Sedentaria ☐ Ligera ☐ Moderada ☐ Pesada

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

☐ Otro médico ☐ Google ☐ Yelp ☐ Zocdoc ☐ Healthgrades ☐ Facebook/Instagram ☐ Nuestro sitio web

☐ Amigo/familiar ☐ Directorio del seguro ☐ IA/ChatGPT ☐ Intuitive Surgical ☐ Otro: _____

MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA DE HOY — MARQUE UNO OBLIGATORIO

☐ Hernia inguinal ☐ Hernia umbilical ☐ Hernia incisional ☐ Diástasis de rectos ☐ Vesícula/cálculos biliares

☐ Reflujo ácido/hernia hiatal ☐ Diverticulitis ☐ Pólipo/cáncer de colon ☐ Dolor abdominal ☐ Otro: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO FINANCIERO OBLIGATORIO

Al firmar, doy mi consentimiento para recibir evaluación, examen y tratamiento por parte del Dr. Nojan Toomari DO FACS, Toomari Surgery, Nojan Toomari DO Inc y/u otros profesionales médicos calificados. Soy financieramente responsable de todos los cargos que no cubra mi seguro. Los copagos y deducibles se pagan en el momento del servicio. Los procedimientos electivos requieren el pago total 2 semanas antes de la cirugía. Los reembolsos no son automáticos: comuníquese con nuestra oficina si se le debe alguno después de que el seguro procese el pago. Doy mi consentimiento para que se guarde una foto de mi rostro en mi expediente médico para fines de identificación. Doy mi consentimiento para consultas de telemedicina y documentación asistida por IA. Si deseo rechazarlo, lo notificaré por escrito al personal antes de la consulta.

IMPORTANTE: Toomari Surgery es una entidad independiente del hospital, el centro quirúrgico, el grupo de anestesia y todos los demás proveedores que participen en su tratamiento. No tenemos ninguna afiliación con ellos, ni control o responsabilidad sobre su facturación, sus cargos o sus estimados de seguro. Los pacientes reciben facturas por separado de esas entidades, y Toomari Surgery no puede ser considerado responsable de dichas facturas.

Firma del paciente o tutor	Fecha
Click to sign / Haga clic para firmar	

Nombre en letra de molde

ANTECEDENTES MÉDICOS

★ **OBLIGATORIO** — Complete todos los campos. Si nada aplica, marque la casilla de 'Ninguno'.

Fecha de hoy	Nombre del paciente	Apellido(s)

CIRUGÍAS PREVIAS OBLIGATORIO

☐ **Sin cirugías previas**

Cirugía / procedimiento	Fecha	Hospital / centro médico	¿Abd./pélvica?	¿Se usó malla?

AFECCIONES MÉDICAS — MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN OBLIGATORIO

☐ **Ninguna de las siguientes** ☐ Presión arterial alta ☐ Colesterol alto ☐ Apnea del sueño ☐ EPOC/asma

☐ Diabetes ☐ Cardiopatía/enf. coronaria ☐ Enfermedad renal ☐ Enf. hepática/cirrosis ☐ Coágulo/TVP/EP ☐ Sangrado
☐ Enfermedad tiroidea ☐Ansiedad/depresión/medicamento psiquiátrico ☐ Cáncer — tipo: _____ ☐ Otro: _____

PACIENTES DE SEXO FEMENINO	PACIENTES DE SEXO MASCULINO
Embarazos: _____ Partos vaginales: _____ Cesáreas: _____	☐ HPB / dificultad para orinar o micción frecuente
¿Planea embarazos futuros? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé	☐ Cirugía previa de próstata o pélvica

ALERGIAS A MEDICAMENTOS OBLIGATORIO

☐ **Sin alergias conocidas a medicamentos** ☐ **Alergia al LÁTEX**

Medicamento / sustancia	Reacción

MEDICAMENTOS ACTUALES OBLIGATORIO

☐ **No toma medicamentos actualmente**

Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia	Fecha de inicio

ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ **Sin antecedentes familiares relevantes** ☐ **ADOPTADO(A)**

Familiar	Afecciones médicas actuales	Si falleció — causa y edad
Madre		
Padre		

Seguridad quirúrgica, antecedentes sociales y revisión por sistemas

★ **OBLIGATORIO** — Complete todos los campos. Si nada aplica, marque la casilla de 'Ninguno'.

SEGURIDAD QUIRÚRGICA — MEDICAMENTOS DE ALERTA OBLIGATORIO

☐ **Sin diluyentes de la sangre** ☐ **Sin anticoagulantes**	Si toma:	Medicamento:	Última dosis (MM/DD/AAAA):
☐ **Sin medicamentos GLP-1: Ozempic, Wegovy, Mounjaro, Zepbound**	Si toma:	Medicamento:	Última dosis (MM/DD/AAAA):
☐ **Sin aspirina diaria** ☐ **Sin AINE diarios: Advil, Aleve, Excedrin**	Si toma:	Medicamento:	Dosis que usa:

ANTECEDENTES DE ANESTESIA OBLIGATORIO

☐ **Sin anestesia general previa** | Si la recibió — ¿complicaciones? ☐ Ninguna ☐ Intubación difícil ☐ Náuseas/vómitos intensos

☐ Despertar prolongado ☐ Hipertermia maligna ☐ Otra: _____ Antecedentes familiares de complicaciones: ☐ Sí ☐ No

DISPOSITIVO CARDÍACO IMPLANTADO OBLIGATORIO

☐ **Ninguna** ☐Marcapasos ☐ DAI (desfibrilador) ☐ Otro: _____ Implantado por: _____

ANTECEDENTES DE SANGRADO Y CICATRIZACIÓN OBLIGATORIO

☐ **Sin problemas previos** | Sangrado o coagulación anormal: ☐ Sí ☐ No Describa: _____

☐ Infección previa de la herida ☐ Dehiscencia ☐ Hernia en el sitio de la incisión

APNEA DEL SUEÑO OBLIGATORIO

☐ **Sin apnea del sueño** | ☐ Apnea del sueño diagnosticada → ☐ Usa CPAP ☐ No usa CPAP

ANTECEDENTES SOCIALES OBLIGATORIO

Tabaco (cigarrillos, puros, pipa): ☐ No ☐ Sí paquetes/ día y años fumando: _____ o año en que lo dejó:_____

Vapeo / cigarrillo electrónico: ☐ No ☐ Sí frecuencia: _____

Alcohol: ☐ No ☐ Sí bebidas por semana: _____

Marihuana/THC (cualquier forma): ☐ No ☐ Sí: _____

Uso de drogas recreativas: ☐ No ☐ Sí: _____

Antecedentes de abuso de sustancias / tratamiento de adicciones: ☐ No ☐ Sí detalles: _____

REVISIÓN POR SISTEMAS — MARQUE LO QUE HAYA PRESENTADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES OBLIGATORIO

Gastrointestinal

☐ Náuseas/vómitos
☐ Reflujo ácido/ERGE
☐ Dificultad para tragar
☐ Úlceras pépticas
☐ Diarrea
☐ Estreñimiento
☐ Cambio en los hábitos intestinales
☐ Dolor abdominal
☐ Sangre en las heces o heces negras
☐ EII (enf. de Crohn/CU)
☐ SII
☐ Dolor de vesícula biliar

Musculoesquelético

☐ Dolor articular / artritis

Genitourinario

☐ Sangre en la orina
☐ Infecciones urinarias frecuentes
☐ Cálculos renales
☐ HPB / dificultad para orinar
☐ Cirugía previa de próstata o pélvica

Endocrino / metabólico

☐ Diabetes
☐ Enfermedad tiroidea
☐ Cambio de peso sin causa aparente

Cardíaco

☐ Dolor de pecho / palpitaciones
☐ Falta de aire al hacer esfuerzo
☐ Presión arterial alta
☐ Accidente cerebrovascular o AIT

Pulmonar

☐ Falta de aire en reposo
☐Asma o EPOC
☐ Tos con sangre

Síntomas generales

☐ Fiebre o escalofríos
☐ Cansancio sin causa aparente

Vascular

☐ Dolor o hinchazón en las piernas
☐ Antecedentes de TVP o embolia pulmonar

Psiquiátrico

☐ Ansiedad
☐ Medicamento psiquiátrico

Comentarios adicionales:

_____

HIPAA · Documentación asistida por IA · Consentimiento de telemedicina · Medios

AVISO DE PRIVACIDAD (HIPAA) OBLIGATORIO

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA) protegen su información de salud. Los detalles completos están disponibles en nuestra oficina o en www.hhs.gov. Su Información de Salud Protegida (PHI) se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para brindarle atención, lo cual incluye compartirla con otros proveedores de atención médica, laboratorios y aseguradoras. Su información nunca será vendida. Nuestro Expediente Médico Electrónico (EMR) es seguro y está cifrado. Se podrán usar datos anonimizados en estudios retrospectivos. Los estudios que requieran identificadores personales requieren un consentimiento por escrito por separado. Podemos comunicarnos con usted por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o correo postal para enviarle recordatorios de citas y novedades del consultorio. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso de su PHI en la medida en que lo permita la ley.

CONSENTIMIENTO PARA DOCUMENTACIÓN MÉDICA ASISTIDA POR IA OBLIGATORIO

Toomari Surgery utiliza tecnología de transcripción basada en IA durante las consultas clínicas, incluidas las consultas presenciales y de telemedicina. Esta tecnología escucha y transcribe la conversación hablada entre usted y su proveedor para ayudar con la documentación clínica. Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta lo siguiente: • **Grabación de audio:** Su conversación puede ser grabada, transcrita y/o analizada por un software de IA únicamente para la documentación clínica. El audio se elimina de acuerdo con nuestra política de retención de datos. • **Ley de California:** Este consentimiento cumple con la CMIA (Código de Salud y Seguridad de California, §§56–56.37) y con el Código Penal de California §632 (consentimiento de ambas partes). Su firma constituye su consentimiento informado para esta grabación. • **Cumplimiento con HIPAA:** Los proveedores de transcripción con IA están sujetos a Acuerdos de Socio Comercial (BAA) que garantizan la protección de su PHI. • **Sin fines de mercadeo:** Los datos de transcripción no se usarán con fines comerciales, no se venderán a terceros ni se usarán para entrenar sistemas de IA sin un consentimiento por escrito por separado. • **Cómo rechazarlo:** Para rechazar el uso de la transcripción con IA, notifique al personal POR ESCRITO antes de que comience su consulta. Se asume su consentimiento a menos que se reciba un aviso por escrito. Rechazarlo no afectará su acceso a la atención. • **Flexibilidad de plataformas:** Es posible que, de vez en cuando, usemos distintas plataformas de IA que cumplen con HIPAA (p. ej., Doximity, Zoom AI). Este consentimiento se aplica a cualquier plataforma de este tipo que se use durante su atención.

CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA OBLIGATORIO

Toomari Surgery ofrece consultas por video y por teléfono como alternativa o complemento a la atención presencial. Al firmar a continuación, usted entiende y acepta lo siguiente: • **Riesgos tecnológicos:** La telemedicina utiliza comunicación electrónica, que puede tener limitaciones técnicas o interrupciones. Se usarán plataformas cifradas en la medida de lo posible. • **Limitaciones:** Es posible que la telemedicina no sea adecuada para todas las afecciones. En caso de emergencia, llame al 911. • **Privacidad:** Realice su consulta de telemedicina en un lugar privado. Las herramientas de documentación con IA también pueden estar activas durante las consultas de telemedicina (vea arriba). • **Cumplimiento con la ley de California:** Servicios prestados conforme al Código de Negocios y Profesiones (B&P) de California §§2290.5 y a las normas de telesalud aplicables. • **Derecho a negarse:** La participación en la telemedicina es voluntaria. Puede solicitar una consulta presencial en cualquier momento.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y leído este aviso de Prácticas de Privacidad de la Atención Médica, el Consentimiento para Documentación con IA y el Consentimiento para Telemedicina, y acepto las pautas establecidas anteriormente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Este consentimiento cumple con HIPAA, la CMIA y el Código Penal de California §632.

Paciente o tutor — HIPAA / Transcripción con IA / Telemedicina	Fecha (MM/DD/AAAA):
Click to sign	
Nombre en letra de molde	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y USAR IMÁGENES E INFORMACIÓN DE SALUD

Por medio de la presente, otorgo permiso a Nojan Toomari, DO Inc. para que todas las imágenes de mi persona —fotografías, película o video, en formatos impresos, electrónicos, de video y de transmisión— sean tomadas y utilizadas por Nojan Toomari, DO Inc., su personal, representantes o medios de comunicación, además del uso de mi nombre, comentarios y testimonios, incluidas, entre otras, todas las publicaciones impresas y digitales, para fines educativos, comunicación de eventos, programas, procedimientos, materiales promocionales, publicaciones, iniciativas de mercadeo, producciones y similares, sin restricción. Acepto que Nojan Toomari, DO Inc. pueda usar, editar y reproducir estas imágenes en cualquier forma, y que pueda compartirlas con otros medios con fines promocionales y de mercadeo. Una vez divulgadas, Nojan Toomari, DO Inc. no conserva ningún control adicional sobre su uso. Renuncio a toda reclamación contra Nojan Toomari, DO Inc. y otros medios con respecto a derechos de autor, publicación o uso de dichas fotografías o grabaciones de video, incluida cualquier reclamación de compensación. Toda fotografía que utilice mi imagen será propiedad de Nojan Toomari, DO Inc. y no será devuelta. Autorizo de manera irrevocable a Nojan Toomari, DO Inc. a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar o distribuir fotografías mías con el fin de dar a conocer sus servicios y programas o para cualquier otro fin lícito. Renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final y renuncio a cualquier derecho a regalías o compensación. Reconozco que mi participación es voluntaria y que no se me ha prometido ni recibiré ninguna compensación económica. Además, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida sobre mi afección médica o tratamiento a su personal, representantes o medios de comunicación para noticias u otras comunicaciones (televisión, radio, periódicos, revistas, sitios web, video, comunicados de prensa o materiales promocionales). Tengo al menos 18 años de edad y tengo capacidad legal para contratar en mi propio nombre. He leído esta autorización antes de firmarla y comprendo plenamente su contenido, significado y alcance. AVISO: La ley exige que Nojan Toomari, DO Inc. mantenga la confidencialidad de su información de salud. Usted NO está obligado(a) a firmar esto para recibir tratamiento, pago de la atención, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios.

Firma del paciente o tutor — Autorización de medios	Fecha (MM/DD/AAAA):
Click to sign	
Nombre en letra de molde	

TOOMARI SURGERY
ADVANCED MINIMALLY INVASIVE SURGERY

Envíe sus formularios completados

Gracias por completar sus formularios de paciente nuevo.

Revise todas las páginas para confirmar que cada campo esté completo y que se hayan anotado todas las firmas y fechas. Después, envíelos usando uno de los métodos que se indican a continuación.

OBLIGATORIO — ENVÍE ANTES DE SU CITA OBLIGATORIO

☐ **Tarjeta(s) del seguro** — Frente Y reverso, tanto del seguro principal como del secundario, si corresponde

☐ **Identificación con foto** — Emitida por el gobierno, frente

☐ **Foto de identificación del paciente** — Foto nítida de su rostro/selfi para su expediente médico

CÓMO ENVIARLOS

Correo electrónico: **records@toomarisurgery.com** (adjunte el documento completado e incluya su nombre completo y fecha de nacimiento)

Fotos por mensaje de texto: **818.570.1844** (tarjetas del seguro, identificación con foto, foto del rostro)

Fax: **818.860.1845** (incluya su nombre completo y fecha de nacimiento en todas las páginas)

En persona: Traiga el paquete completado y firmado a su cita en 16661 Ventura Blvd., Suite 408, Encino, CA 91436.

EXPEDIENTES EXTERNOS — ENVÍELOS SI LOS TIENE (NO ES OBLIGATORIO, PERO ES MUY ÚTIL)

☐ **Sin expedientes externos**

☐ Tomografía (TC) ☐ Ultrasonido ☐ Resonancia (RM) ☐ EGD ☐ Informe de colonoscopia ☐ Informe de patología ☐ Informe quirúrgico previo

☐ Otros estudios de imagen

También puede enviar los expedientes por fax al **818.860.1845** — incluya su nombre completo y fecha de nacimiento.

¿Preguntas? Llame al **818.570.1845** — nuestra recepción le ayudará con gusto con cualquier parte de este paquete.

For informational purposes only, a link to the federal Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Open Payments web page is provided here. The federal Physician Payments Sunshine Act requires that detailed information about payment and other payments of value worth over ten dollars ($10) from manufacturers of drugs, medical devices, and biologics to physicians and teaching hospitals be made available to the public.

Traducción al español (solo como referencia):
Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web Open Payments de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) federales. La ley federal Physician Payments Sunshine Act (Ley de Transparencia de Pagos a Médicos) exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos y otros pagos de valor superiores a diez dólares ($10) que los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos hacen a médicos y hospitales docentes.

CMS Open Payments: https://openpaymentsdata.cms.gov

Enviar formulario completado
por correo electrónico