

Today's Date/Fecha:							
PATIENT INFORMATION/INFORMACION DEL PACIENTE							
Last name/Apellido:		First name/Nombre:		Middle name/Segundo nombre:			
Marital Status/Estado Civil (check one/marque uno): <input type="checkbox"/> Single/Soltero <input type="checkbox"/> Married/Casado <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado <input type="checkbox"/> Separated/separado <input type="checkbox"/> Widowed/viudo			Date of birth/Fecha de Nacimiento:		Age/Edad:	Sex: <input type="checkbox"/> Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer	
Address/Direccion:		Height/Altura:		Weight/Peso:			
City/Ciudad:		State/Estado:		Zip/Codigo postal:			
Social Security Number/Numero de Seguro Social:		Home Phone/Telefono de Casa:		Cell Phone/Telefono movil:			
E-mail Address/Correo Electronico:							
Occupation/Ocupacion:		Employer/Empleador:		Employer Address/Direccion de Empleador:		Employer Phone/Telefono de Empleador:	
How did you hear about us?/¿Como te enteraste de nosotros?							
Other family members seen here/ Otros miembros de la familia vistos aqui:							
MEDICAL INFORMATION/INFORMACION MEDICA							
Reason for visit/Razon de la visita:							
Pharmacy/Farmacia:		Address/Direccion:		Pharmacy Phone/Telefono de Farmacia:			
Physician Requesting Consultation/ Medico que solicita consulta:		Requesting Physician's Address/Direccion del medico solicitante:		Requesting Physician's Phone/ Telefono del medico solicitante:			
Primary Care Physician (PCP)/ Medico de atencion primaria:				Send Report/Mandar Reporte: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No			
PCP's Address/Direccion del medico de atencion primaria:		PCP's Phone/Telefono del medico:		PCP's Fax/Fax del medico:			
IN CASE OF EMERGENCY /EN CASO DE EMERGENCIA							
Name/Nombre:		Relationship to patient/Relacion con el paciente:		Contact Number/Numero de contacto:			
HEALTH HISTORY/ HISTORIAL MEDICO							
Do you smoke or chew tobacco?/ ¿Fumas o masticas tabaco? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No How much? ¿Cuanto? _____		Do you drink alcohol? ¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No How much?¿Cuanto? _____		Do you exercise? ¿Haces ejercicio? <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No			

HEALTH HISTORY CONTINUED)/ HISTORIAL MEDICO (CONTINUADO)

Please list all medicine you are currently taking: Prescription and over-the-counter medications (examples: aspirin, antacids) and dietary supplements (example: vitamins) and herbals (examples: ginseng, gingko). Include any medications taken as needed (example: inhaler, EpiPen).

Porfavor enumere todos los medicamentos que esta tomando actualmente: Medicamentos con receta y venta libre (ejemplos: aspirina, antiacidos) y suplementos dieteticos (ejemplo: vitaminas) y hierbas (ejemplo: ginseng, gingko). Incluye cualquier medicamento tomado segun sea necesario (ejemplo: inhalador, EpiPen)

Medication Name/Nombre del medicamento	Dose (How much?)/Dosis (¿Cuanto?)	Frequency (How often?)/ Frecuencia (¿Con que frecuencia?)

Please list all allergies/ Porfavor enumere todas las alergias: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Are you allergic to latex?/¿Eres alergico al latex? <input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	Are you currently experiencing and of the following symptoms?/ ¿Estas experimentando alguno de los siguientes sintomas?		
	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	<input type="checkbox"/> Diarrhea/Diarrea	<input type="checkbox"/> Rectal bleeding/ Sangrado rectal	
	<input type="checkbox"/> Bleeding/Sangrado	<input type="checkbox"/> Dizziness/Mareo	<input type="checkbox"/> Ringing in the ears/ Zumbido en los oidos	
	<input type="checkbox"/> Blind Spells/Ciego	<input type="checkbox"/> Dry Eyes/Ojos secos	<input type="checkbox"/> Severe headaches/Dolor de cabeza	
	<input type="checkbox"/> Breast pain/Dolor en los senos	<input type="checkbox"/> Fainting Spells/ Desmayos	<input type="checkbox"/> Severe Indigestion/ Indigestion severa	
	<input type="checkbox"/> Chest Pain/Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Fever/Fiebre	<input type="checkbox"/> Shortness of breath/Falta de aire	
	<input type="checkbox"/> Chronic Cough/ Tos Cronica	<input type="checkbox"/> Jaundice/Ictericia	<input type="checkbox"/> Spitting up blood/ Escupiendo sangre	

Please check if you have or ever had any of the following/ Por favor, compruebe si ha tenido alguna de las siguientes

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia | <input type="checkbox"/> Depression/Depresion | <input type="checkbox"/> Hypertension/Hipertension | <input type="checkbox"/> Prolonged bleeding/ Sangrado prolongado |
| <input type="checkbox"/> Angina/Angina del pecho | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artificial Implant/Implantes Artificial | <input type="checkbox"/> Recent Cold/resfriado reciente |
| <input type="checkbox"/> Anxiety disorder/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Emotional Disorder/ Trastorno emocional | <input type="checkbox"/> Irregular Heartbeat/Latidos cardiacos irregular | <input type="checkbox"/> Shortness of breath/ Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Emphysema/Enfisema | <input type="checkbox"/> Jaundice/Ictericia | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia/Anemia del drepanocitica |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsy,Seizures/Epilepsia, Convulsiones | <input type="checkbox"/> Kidney Disease/Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/Apnea del sueno |
| <input type="checkbox"/> Back Pain/Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> Fainting,Dizziness/ Desmayos,Mareo | <input type="checkbox"/> Kidney Stones/Calculos Renales | <input type="checkbox"/> Stroke/Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Bladder Trouble/ Problemas de vejiga | <input type="checkbox"/> GI Disorder/Trastorno gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Liver Disease/Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Swollen Ankle/Tobillo hinchado |
| <input type="checkbox"/> Blood disease/Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Hay Fever/Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Lyme Disease/Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease/Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Hearing Aid/Audifono | <input type="checkbox"/> Neurological Disorder/ Trastorno Neurologico | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor | <input type="checkbox"/> Heart Attack/Ataque al corazon | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Ulcer/Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Chronic Cough/Tos Cronica | <input type="checkbox"/> Heart Disease/Enfermedad del corazon | <input type="checkbox"/> Painful Joints/Articulaciones dolorosas | <input type="checkbox"/> Other/Otro: |
| <input type="checkbox"/> Cirrhosis/Cirrosis | <input type="checkbox"/> Heart Failure/Fallo Cardiaco | <input type="checkbox"/> Pacemaker/Marcapasos | |
| <input type="checkbox"/> ColonDisease/Enfermedad del colon | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Paralysis/Paralisis | |
| <input type="checkbox"/> COPD/EPOC | <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia/Hernia de hiatal | <input type="checkbox"/> Pneumonia/Pulmonia | |
| <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease/Enfermedad arterial coronaria | <input type="checkbox"/> HIV/VIH | | |
| <input type="checkbox"/> Dentures/Dentaduras | | | |

Family History-List any medical conditions of immediate family/
 Historia familiar-Enumere condiciones medicas de su familia imediata:

Have you ever had any serious illnesses, operations, or hospitalizations? Yes/Si No
 ¿Has tenido enfermedad grave, operaciones o hospitalizaciones?

If yes, please describe and list dates/ En case afirmativo, describa y enumere las fechas:



Cosmetic Plastic Surgery & Laser Center of Maryland

Salman Ashruf, M.D.

7550 Teague Road, Suite 105 Hanover, MD 21076

Tel: (410) 590-4313 Fax: (410) 690-7743

Email: doc@drashruf.com

www.drashruf.com

MY CONSULTATION GOALS/MIS OBJETIVOS DE CONSULTA

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

ID Number: _____ Date of birth/

Fecha de Nacimiento _____

How did you hear about us?/¿Como te enteraste de nosotros?

- 1) Please list the top 3 problems on your "Hit List" that you would like to see improved after surgery (you may list fewer)/ Por favor, enumere los 3 principales problemas de su "Lista de exitos" que le gustaria que mejoraran despues de la cirugia (puedes enumerar menos).

FACE/CARA

BODY/CUERPO

1) _____

1) _____

2) _____

2) _____

3) _____

3) _____

- 2) Please list the next 3 concerns (if applicable) you would want to address during your consultation/ Porfavor enumere las siguientes 3 preocupaciones (si corresponde) que desea abordar durante su consulta.

1. _____

2. _____

3. _____

- 3) What adjective(s) best describe your face or body now?/ ¿Que adjetivo(s) describen major tu cara o cuerpo ahora?

*For example: FACE: rested, youthful, fresh **OR** tired, angry, sad, droopy, wrinkly, etc.*

*BODY: tight, firm, balanced **OR** droopy, saggy, loose, disproportionate, etc.*

*Por ejemplo: CARA: descansada, juvenil, fresca **O** cansado, enojado, triste, cara caida, arrugada, etc.*

*CUERPO: apretado, firme, equilibrado **O** cuerpo caido, flojo, desproporcionado, etc.*

FACE: _____

BODY: _____

Approximate Measurements in Inches:/Medidas aproximadas en pulgadas:

WAIST/CINTURA: _____ HIPS/CADERAS: _____

- 4) **GOALS:** What is it you need to see when you look in the mirror in order to be happy after surgery?
OBJETIVOS: ¿Que necesitas ver cuando te mires en el Espejo para ser feliz despues de la cirugia?
- 5) If you have surgery, how much downtime and/or time off work can you devote to your recovery?
¿Cuanto tiempo de inactividad o tiempo libre del trabajo puedes dedicar a tu recuperacion despues de la cirugia?
_____ week(s)/Semana(s)
- 6) What non-surgical skin concerns bother you?/ ¿Que problemas de piel no quirurgicas te molestan?
 Wrinkles/Arrugas Pores/Poros Texture/Textura Brown Pigmentation/
Pigmentacion marron
 Dark Circles/
Circulos oscuros Cellulite/Celulitis Red
vessels/vasos
rojos Other:/Otro: _____
- 7) What non-surgical treatments have you had?/ ¿Que tratamientos no quirurgicas ha tenido?
 Botox Filler/Relleno
(Restylane/Juvederm, etc.) IPL/Laser fotofacial/
procedimiento IPL/laser
facial
 Laser Hair removal/ la
depilacion laser Cellulite Treatments/ tratamiento
de cellulitis Thermage/Laser
tightening/ Ajuste laser
 Fraxel/Laser resurfacing Other/otro: _____
Rejuvenecimiento con laser
- 8) What is your treatment budget?/ ¿Cual es tu presupuesto de tratamiento?
 Up to/hasta \$500- \$1500- \$2500- \$5000- \$7500 and
\$500 \$1500 \$2500 \$5000 \$7500 up/y arriba

**Patient's Name (Please Print)/Nombre del
paciente (Porfavor imprime)**

Date/Fecha

Patient's Signature/Firma del paciente

MD Signature

Salman Ashruf, M.D., P.A.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I, _____, have been made aware of a Notice of Privacy Practices for Salman Ashruf, M.D., P.A. If you have any questions, please contact the Privacy Officer whose name and contact information is listed below.

Please Print Name of Patient or Personal Representative

Patient or Personal Representative Signature

Date

Personal Representative's Relationship or Authority

Privacy Officer:

Salman Ashruf, M.D., P.A.
7550 Teague Road, Suite 105
Hanover, MD 21076
Tel: (410) 590-4313
Fax: (410) 690-7743

For Office Use Only:

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please specify): _____