



Renaissance Cosmetic Laser & Surgery
 Dr. Taek Y. Kim, M.D., FAACS & FACOG
 17W300 22nd Street. Suite 202
 Oakbrook Terrace IL, 60181
 Phone: 630.322.9090
 Fax: 630-971-0364
 www.rclsurgery.com

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

Primer Nombre
Inicial de 2nd Nombre
Apellido

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: _____

Direccion: _____

Calle
Apt#
Ciudad
Estado
Codigo Postal

Telefono de Casa
Telefono Celular
Telefono de Trabajo

Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____ Cell # _____

Doctor Principal: _____ Telefono #: _____

Referido por: Evento: _____ Paciente: _____

Revista: _____ Website: _____

Correo Electronico Groupon Radio Living Social Dr. Kim's OB GYN Empleada de RCL: _____

Doctor: _ _____ Envio: _____ Otro: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza Primaria: _____ SS#: _____ - _____ - _____

Nombre de Asegurado: _____ Relacion al Segurado: _____

Telefono de Asegurado: _____ Policy #: _____ Group #: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Nombre de Asegurado: _____

Relacion al Asegurado: _____ Policy #: _____ Group #: _____

I understand that I have insurance coverage with the above mentioned group and assign payment directly to Dr. Taek Y. Kim, M.D., S.C. In the event that my insurance is considered out-of-network with Dr. Kim, I am aware that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I also understand that cosmetic procedures will not be eligible for insurance submission and that payment is due at the time which services are rendered. I am aware of the Renaissance Cosmetic Laser.

Firma de Paciente

Cell #

Fecha



Renaissance Cosmetic Laser & Surgery
 Dr. Taek Y. Kim, M.D., FAACS &
 FACOG
 17W300 22nd Street, Suite 202
 Oakbrook Terrace IL, 60181
 Phone: 630.322.9090
 Fax: 630-971-0364
 www.rclsurgery.com

HISTORIAL MEDICA

Nombre: _____
Primer Nombre Apellido

Fec. Nac.: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Altura: _____ Peso: _____

Fumas: Si No Si, que tipo: Cigarillos Cigaros Pipa Otro _____

Cuanto: _____ Frecuencia: _____

Bebes Alcohol: Si No Si, Cuanto: _____ Frecuencia: _____

*PACIENTES FEMENINAS: Estas Embarazada: Si No Estas tratando de concebir: Si No

*PARA CONSULTAS DE SENO (sobre la edad de 40): Fecha de ultima Mamograma: _____

Esta bajo tratamiento de otro doctor: Si No Si repondio que si, por favor explique porque y proporcione
 El nombre del doctor: _____

Tiene alguna condicion de salud or desorden: Si No Si repondio que si, cuales son: _____

Esta tomando algunos medicamentos, vitaminas or remedio herbario: Si No
 Si repondio que si, por favor de hacer una lista:

| Medicamentos | Dosis | Cuantas veces por dia |
|--------------|-------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Has estado Hospitalizada: Si No Explica por que: _____

Alergias: Aspirina Codeina Latex Norco Penicilina Por Favor de hacer una lista de los demas:

Yo certifico que la informacion proporcionada es verdadero y correcto al mejor de mis conocimientos.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____



Renaissance Cosmetic Laser & Surgery
Dr. Taek Y. Kim, M.D., FAACS & FACOG
17W300 22nd Street. Suite 202
Oakbrook Terrace IL, 60181
Phone: 630.322.9090
Fax: 630-971-0364
www.rclsurgery.com

Tiene interes en los siguientes? (Por favor de marcar todos lo que aplique a usted):

Nombre de Paciente _____ **Fecha** _____

Inquietud

- Acne
- Cicatrices
- Piel Envejentada
- Contornear del Cuerpo (areas) _____
- Pelo Excesivo (areas) _____
- Lineas y Arugas de la Cara (areas) _____
- Venas en la Cara
- Venas en las Piernas
- Perdida de Volume de la Cara
- Melasma / Hiperpigmentacion
- Rosacea / Rojez Facial
- Piel flacida (areas) _____
- Consejos sobre quidade de la Piel
- Manchas del Sol/Edad
- Circulos de bajo de los Ojos
- Textura Desigual
- Perdida de Peso
- Otro, _____

Procedimientos Quirurgicos

- Aumento de Senos
- Levantamiento de Senos
- Cirugia de Parpados
- Liposuccion (areas) _____
- Labioplastia

Procedimientos No Invasivos

- BOTOX® Cosmetic (Botulinum Toxin Type A)
- Peelings Quimicos
- CO2 Rejuvenecimiento con Laser Refraccional
- Dermaroller
- Faciales
- IPL – Laser Intensivo de Pulso
- Rellenos (Juvéderm, Restylane, Sculptra)
- Removimiento de Pelo con Laser
- Tratamiento de Venas Varicosas
- Latisse – Crecimiento de las Pestañas
- Aumento de Labios
- Microdermabrasion
- Photorejuvenation
- Productos para la Piel
- Apretamiento de la Piel
- Ultrasonidos Terapeuticos
- Levantamiento de la Cara Vampiro
- Otro _____

- Mini Tummy Tuck
- Rejuvenecimiento de Cuello
- Tummy Tuck
- Rejuvenecimiento Vaginal
- Otro _____

Quando veo mi cara, lo primero que noto es: _____

Quando veo mi cuerpo, lo primero que noto es: _____

Tienes alguna otra pregunta, comentario or inquietud que deseas discutir con el doctor? _____



Renaissance Cosmetic Laser & Surgery
Dr. Taek Y. Kim, M.D., FAACS & FACOG
17W300 22nd Street. Suite 202
Oakbrook Terrace IL, 60181
Phone: 630.322.9090
Fax: 630-971-0364
www.rclsurgery.com

HIPAA AUTHORIZATION FORM

Yo _____ por este medio, reconozco haber recibido la Notificacion de Privacidad por RCL Surgery al respecto a la información de salud privada. Yo he leído y entiendo la manera en que mi información de salud privada será mantenida y utilizada por RCL Surgery. Yo consedo a RCL Surgery el derecho a revelar esta informacion a terceras personas nombradas debajo. Yo entiendo mis derechos contenidos en la Notificacion de Privacidad y reconozco mi derecho a rovocar esta autorizacion en cualquier momento, solo con someter la solicitud por escrito a RCL Surgery.

Yo consedo revelar mi informacion de salud privada por RCL Surgery a las siguientes personas.

Nombre: _____ Relacion: _____

Contacto # _____ Informacion Adicional: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Contacto # _____ Informacion Adicional: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Contacto # _____ Informacion Adicional: _____

Yo reconozco que he leído y entendido lo contenido de esta forma:

Nombre De Paciente _____ Fecha _____

Firma de Paciente _____ Fecha: _____

Firma de Testigo _____ Fecha _____