

Texas Anesthesia Back Pain Center, M.D. P.A.

2626 South Loop West Suite # 600, Houston, TX 77054
BILLING ADDRESS: P.O. BOX 271622, HOUSTON TX 77277-1622

Ph: (713) 589-9115 Fax: (877) 433-4352

Email: weightloss@bwww.com Web: www.bestweightlosshealth.com

Ajay K. Aggarwal, M.D. (Dr. AJ) Board Eligible in Anti-Aging Medicine (Board Certified and Diplomate in Anesthesia and Pain Management)

Weight Loss Program

(Tax Id: 76-0664837)

PATIENT NAME: _____ DATE OF SERVICE: _____

NEW PATIENT: _____ PATIENT INFO FORM: _____ INSURANCE INFO: _____

REF DOCTOR: _____ INSURANCE ONLY: _____

CASE: GR ___ CASH ___ MCDR ___ MCD ___

DIAGNOSIS:

<input type="checkbox"/> MALAISE AND FATIGUE	780.79
<input type="checkbox"/> HYPOTHYROIDISM, SURGICAL	244.00
<input type="checkbox"/> HYPOTHYROIDISM	244.9
<input type="checkbox"/> POST MENOPAUSAL DISORDER	627.2
<input type="checkbox"/> PARTIAL HYPOPITUITARISM	253.4
<input type="checkbox"/> PREMENSTRUAL TENSION SYNDROME	625.4
<input type="checkbox"/> WEIGHT GAIN	783.1
<input type="checkbox"/> WEIGHT LOSS	783.21
<input type="checkbox"/> DYSMETABOLIC SYNDROME X	277.7
<input type="checkbox"/> ERECTIVE DYSFUNCTION	607.84
<input type="checkbox"/> GOITER	240.9
<input type="checkbox"/> GRAVES DISEASE	242.00
<input type="checkbox"/> GROWTH HORMONE DEFICIENCY	253.3
<input type="checkbox"/> IRREGULAR MENSTRUAL CYCLE	626.4

OFFICE SERVICES

NEW PATIENT/CONSULTATION

BRIFE (99241) MODERATE (99242) INTERMEDIATE (99243) EXTENSIVE (99244) COMPLEX (99245)

ESTABLISHED/FOLLOW-UP

BRIFE (99211) MODERATE (99212) INTERMEDIATE (99213) EXTENSIVE (99214) COMPLEX (99215)

TELEPHONE CONSULT

99371 (1-5MIN) 99372 (15-30MIN) 99373 (60MIN)

Weight Loss Clinic

2626 SOUTH LOOP WEST SUITE # 600, HOUSTON, TX 77054

Ph: (713) 589-9115 Fax: (877) 433-4352

Email: weightloss@bww.com Web: www.bestweightlosshealth.com

PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Date Fecha: _____

Last Name Apellido: _____ First Name Nombre: _____

SS Seguridad Social#: _____ DOB Fecha de nacimiento: _____ Sex Sexo: M F

Address Dirección: _____

City Ciudad: _____ ST Estado: _____ Zip Código Postal: _____

Home Ph. Teléfono de Casa: _____ Cell Ph. Celular: _____

Work Ph Teléfono de trabajo: _____ Email Correo Electronico: _____

Circle One Círculo: Single Soltero Married Casado Widowed Viudo Separated Separado Divorced Divorciado

How did you hear about us? ¿Cómo supo de nosotros?: _____

IN CASE OF EMERGENCY CONTACT En caso de emergencia en contacto con:

Name Nombre: _____ Relationship Relación: _____

Home Ph. Teléfono de Casa: _____ Cell Ph. Celular: _____

FOR OUR RECORDS: WE WILL NEED A COPY OF YOUR INSURANCE, DL / ID & SOCIAL SECURITY CARD

Para nuestros registros: Vamos a necesitar una copia de su seguro, DL / ID y tarjeta de Seguro Social

PLEASE CHECK THE BOX NEXT TO THE SERVICE YOU WILL LIKE TO GET MORE INFORMATION ABOUT.

Por favor marque la casilla situada junto al servicio que te guste para obtener más información acerca de.

- LIPD DISSOLVE:** TUMMY TUCK NO PAIN, NO SURGERY. SECURE, EFFICIENT AND SAFE. LOOSE UNWANTED INCHES.

LIPD DISSOLVER: BARRIGA TUCK NO DOLOR, NO LA CIRUGÍA. SEGUROS, EFICIENTES Y SEGUROS. SUeltas NO DESEADOS PULGADAS

- ANTI-AGING:** BIO-IDENTICAL HORMONES REPLACEMENT. NATURAL HORMONES WILL ENHANCE YOUR SKIN, AND BOOST YOUR ENERGY LEVEL, AND KEEP YOU YOUNG.

ANTI-ENVEJECIMIENTO: BIO-IDÉNTICAS DE REEMPLAZO DE HORMONAS. LAS HORMONAS NATURALES MEJORARÁ SU PIEL, Y AUMENTAR SU NIVEL DE ENERGÍA, Y TE MANTIENEN JOVEN.

Weight Loss Clinic

2626 South Loop West Suite # 600, Houston, TX 77054

Ph: (713) 589-9115 Fax: (877)433-4352

Email: weightloss@bww.com Web: www.bestweightlosshealth.com

MEDICAL HISTORY

HISTORIA MÉDICA

Name NOMBRE: _____ DOB FECHA DE NACIMIENTO: _____

Date of Last Physical Exam FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____ Name of Dr. NAME DEL DR.: _____

Please circle on the "Yes" or "No" to indicate you have had any of the following health conditions.
POR FAVOR CIRCULE POR EL "SI" O "NO" PARA INDICAR QUE USTED HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD.

Asthma ASMA	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Siroki	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
AIDS/HIV SIDA / VIH	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Alcoholism ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	High Cholesterol COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Cancer	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Rheumatoid Arthritis ARTRITIS REUMATOIDE	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Liver Disease ENFERMEDAD HEPÁTICA	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Suicide Attempt INTENTO DE SUICIDIO	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Kidney Disease ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Emphysema ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Thyroid Problems PROBLEMAS DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Murmurs MURMULLOS	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Pregnant ENBARAZADA	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Heart Disease ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Chemical Dependency DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Hypertension HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	Other: _____				

<u>Exercise EJERCICIO</u>	<u>Working Activity ACTIVIDAD DE TRABAJO</u>	<u>Habits HABITOS</u>
<input type="checkbox"/> None NINGUNO	<input type="checkbox"/> Sitting PARADO	<input type="checkbox"/> Smoke Packs/Day HUMO PAQUETES / DÍA _____
<input type="checkbox"/> Moderate MODERADO	<input type="checkbox"/> Standing PERMANENTE	<input type="checkbox"/> Alcohol Drinks/Wk BEBIDAS ALCOHÓLICAS/SEMANA _____
<input type="checkbox"/> Daily DIARIO	<input type="checkbox"/> Light Labor TRABAJO MÍNIMO	<input type="checkbox"/> Caffeine Drink Cup/Day CAFEÍNA POR DÍA _____
<input type="checkbox"/> Heavy PESADO	<input type="checkbox"/> Heavy Labor TRABAJO PESADO	<input type="checkbox"/> High Stress Level Reason RAZON DE ESTRÉS _____

Medications MEDICAMENTOS: _____

Allergies ALERGIAS: _____

Vitamins/Herbs/Minerals VITAMINAS / HIERBAS / MINERALES: _____

Agreement: Medical Information ACUERDO: LA INFORMACIÓN MÉDICA

I verify that all of the above medical information is correct to the best of my knowledge:

I VERIFICAR QUE TODOS POR ENCIMA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ES CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO:

Signature FIRMA: _____ Date FECHA: _____

HOLD HARMLESS AGREEMENT

Whereas Weight Loss Clinic, a Corporation licensed to do business in Texas, which employs various healthcare professionals, and provides various health care services and weight loss products, and

Whereas, _____, hereinafter ("participant") is an individual who is seeking healthcare services and products from Weight Loss Clinic or any of Weight Loss Clinic's employees or agents for purposes of weight loss; and
Whereas participant seeks to participate in a "Weight Reduction Program" for an agreed upon fee, it being acknowledged that participant may also received use of specific facilities, information from personnel, and or other medical and literature relating to "Weight Reduction Program" it being further acknowledged that a successful weight loss program requires the participation of the participant, it being further expressly acknowledged that while health care providers will provide their best opinion regarding the products and services, that no WARRANTY or RESULT IS GUARANTEED. Participant acknowledges that healthcare provider has informed the participant that the health care provider(s) and Weight Loss Clinic relies solely on the information provided with the weight loss products and makes no additional or independent representations to the participant regarding weight loss or the outcomes or effectiveness of the products. The participant specifically acknowledges that the Food and Drug Administration has not rendered an opinion regarding the effectiveness of the weight loss program and weight loss products administered by health care providers or Weight Loss Clinic. Health care providers and Weight Loss Clinic expressly disclaim any particular outcome or result or benefit from the supplements and services provided.

IT IS THEREFORE AGREED, that participant agrees to hold Weight Loss Clinic harmless, to release Weight Loss Clinic from all liability to the fullest extent of the law, and acknowledges that Weight Loss Clinic have made no representation warranties, or otherwise regarding any specific outcome, weight loss, or fitness benefit from the use of the products or services. It is further agreed and acknowledged that a proper exercise program and diet program is a prerequisite to weight loss programs.

IT IS FURTHER ACKNOWLEDGED and expressly warranted that all relevant medical information has been disclosed to Weight Loss Clinic by participant to enable Weight Loss Clinic to properly evaluate and administer the weight loss program. Participant acknowledges that their failure to disclose pertinent medical information may have adverse effects on the effectiveness of the program and the health of the participant. It is also acknowledged that Weight Loss Clinic has provided to the participant all relevant material in Weight Loss Clinic's possession regarding the weight loss program's purpose, objectives, and goals. The format and protocols of the program has been disclosed and discussed with participant and participant expressly acknowledges receipt of these materials and expressly understands the materials and explanations and so signifies by their acknowledgement below. The exercise program discussed the medications to be used during the program; the diets recommended, and the home exercise program recommended; which are important to weight reduction and a healthy lifestyle, are expressly acknowledged and understood.

Participant specifically and unconditionally represents that they are physically able to participate in this program and hereby waives any liability conditioned upon this express representation. Participant acknowledges that the result will vary from individual to individual and that the results of each individual's weight loss will vary in accordance with each person's goals, efforts, and the objectives of the "Weight Reduction Plan" and the plan's specific goals.

In any dispute from the Weight Reduction Plan, each party to the dispute shall bear their own attorney's fees. Each party acknowledges that any and all disputes shall be resolved by binding arbitration and that no litigation shall be initiated except to enforce the binding arbitration. The Arbitration shall be in accordance with the Federal Arbitration Act. The Venue for all disputes shall be in Harris County, Texas. The governing law shall be Texas law.

Participant acknowledges that no person at Weight Loss Clinic may modify this agreement either orally or in writing. Participant acknowledges that they have read and have had the opportunity to have counsel of their choice review this document prior to their signing this document. Participant expressly agrees to be bound by this agreement and the covenants contained therein.

Eximir de Acuerdo

Considerando que Weight Loss Clinic, una corporación con licencia para hacer negocios en Texas, los empleados que diversos profesionales de la salud, y proporciona diversos servicios de atención médica y pérdida de peso productos, y

Considerando que, _____, en lo sucesivo ("participante") es una persona que está buscando los servicios sanitarios y los productos de Weight Loss Clinic o cualquiera de Weight Loss Clinic empleados o agentes a los efectos de la pérdida de peso, y

Considerando que el participante tiene por objeto participar en un "Programa de Reducción de Peso" para un acuerdo sobre honorarios, se reconoció que los participantes podrán también recibir la utilización de instalaciones específicas, de información personal y médica o de otro tipo y la literatura en relación con "Programa de Reducción de Peso" que sea reconozca además que el éxito del programa de pérdida de peso requiere de la participación del participante, quedando además reconocido expresamente que, si bien los proveedores de atención sanitaria se prestan su mejor opinión sobre los productos y servicios, que no ofrece garantía o el resultado está garantizado. Participante reconoce que el proveedor de atención médica ha informado a los participantes que el proveedor de servicios de salud (s) y Weight Loss Clinic se basa únicamente en la información proporcionada con la pérdida de peso y productos adicionales no hace representaciones o independiente a la participante con respecto a la pérdida de peso o los resultados o la eficacia de los productos. El participante expresamente reconoce que la Food and Drug Administration no ha dictado una decisión acerca de la eficacia del programa de pérdida de peso y pérdida de peso los productos administrados por proveedores de servicios de salud o Weight Loss Clinic. Los proveedores de asistencia médica y Weight Loss Clinic expresamente renuncian a cualquier resultado o consecuencia o se beneficien de los suplementos y los servicios prestados.

Por lo tanto, se acordó, el participante se comprometa a celebrar Pérdida de Peso Clínica Inofensiva, para liberar Weight Loss Clinic de toda responsabilidad en la medida de la ley, y reconoce que la Pérdida de Peso Clínica han hecho ninguna representación de garantía, o de otra manera con respecto a cualquier resultado específico, pérdida de peso, estado físico o beneficiarse de la utilización de los productos o servicios. Además, se acordó y reconoció que un buen programa de ejercicio y la dieta programa es una condición previa para los programas de pérdida de peso.

Además, se reconoció expresamente justificada y que todos los médicos información ha sido revelada a Weight Loss Clinic por participante para que puedan Weight Loss Clinic adecuada para evaluar y administrar el programa de pérdida de peso. Participante reconoce que su negativa a revelar la información médica participante puedan tener efectos adversos sobre la eficacia del programa y la salud del participante. También se reconoce que Weight Loss Clinic ha proporcionado a los participantes todo el material pertinente en Weight Loss Clinic's posesión con respecto a la pérdida de peso del programa finalidad, objetivos y metas. El formato y protocolos del programa ha sido divulgada y discutida con los participantes y participante reconoce expresamente la recepción de estos materiales y comprende expresamente los materiales y explicaciones y para que significa el reconocimiento de su continuación. El programa de ejercicio examinado los medicamentos que se utilizarán durante el programa; las dietas recomendadas, y en el hogar programa de ejercicio recomendado, que son importantes para la reducción de peso y un estilo de vida saludable, están expresamente reconocidos y comprendidos.

Participante en concreto y sin condiciones que representa que son físicamente capaces de participar en este programa y renuncia a cualquier responsabilidad condicionada a expresar esta representación. Participante reconoce que el resultado puede variar de un individuo a otro y que los resultados de cada individuo en función de la pérdida de peso variará de acuerdo con cada persona de objetivos, esfuerzos, y los objetivos del "Plan de Reducción de Peso" y del plan objetivos específicos.

En cualquier controversia de la reducción del peso del Plan, cada una de las partes en la controversia sufragará sus propios honorarios de abogado. Cada parte reconoce que cualquier y todas las controversias serán resueltas por arbitraje obligatorio y que los litigios no se iniciará, salvo para hacer cumplir el arbitraje obligatorio. El arbitraje se hará de conformidad con la Ley Federal de Arbitraje. El Lugar de celebración para todos los litigios se harán en Harris County, Texas. La ley aplicable será la ley de Texas.

Participante reconoce que ninguna persona en Weight Loss Clinic puede modificar este acuerdo, ya sea oralmente o por escrito. Participante reconoce que han leído y han leído la oportunidad de tener un abogado de su elección antes de su firma del presente documento. Participante expresamente de acuerdo de estar obligado por este acuerdo y los pactos que figuran en él.

Printed Name:
IMPRESO NOMBRE

Relationship to Patient:
RELACIÓN CON EL PACIENTE

Witness signature:
TESTIGO FIRMA

Signature:
FIRMA

Date:
FECHA

Date:
FECHA

Weight Loss Clinic

2626 South Loop West Suite # 600, Houston, TX 77054

Ph: (713) 589-9115 Fax: (877) 433-4352

Email: weightloss@bww.com Web: www.bestweightlosshealth.com

FOLLOW-UP

Patient Name: _____ Date: _____

INSURANCE: GROUP CASH MCDR MCD

Weight: _____ Height: _____ BMI: _____ BP _____ P: _____ R: _____

Medications: **RX#:** _____ **DOB:** _____

Adipex

Time: _____

Bontril

Tenuate

Injection: YES NO

Monthly Measurements:

A: _____ C: _____ W: _____ H: _____ T: _____

Doctor's Notes: _____

Patient's signature: _____ Date: _____

Ajay K. Aggarwal M. D, PA