

Patient Information

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M / F

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Padres (si niño): _____

Dirección: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Correo Electrónico #1: _____

Correo Electrónico #2: _____

Método de comunicación preferido: llamar mensaje correo electrónico

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación: Espos(a) Padre/ Tutor Abuelo Otro: _____

Seguro Médico: _____ ID#: _____

Asegurado (a): _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Ubicación: _____

Nombre de Pediatra/ PCP & Teléfono/Dirección: _____

Como escucho de nuestra oficina? _____

Razon de su consulta? _____

FIRMA: _____ FECHA: _____



Nombre del Paciente: _____

INFORMACION DE SALUD:

Estatura _____ Peso _____ Fecha de último mamografía: _____
Fuma/ Usa productos de nicotina? SI NO Toma alcohol? SI NO

ALERGIAS:

Tiene o ha tenido alguna vez alergias/ sensibilidades? SI NO
En caso que sí, enumere y de el tipo de reacción: _____

ENFERMEDADES MAYORES:

- Diabetes Enfermedades del Corazón/ Presión Alta Anemia Depresión Coágulos de Sangre
- Fácilmente Abollado Artritis Tuberculosis Pastillas Anticonceptivas Menopausia Herpes
- Hepatitis VIH/SIDA Cáncer Trastorno de Tiroides: bajo/hiperactivo Asma Herpes Labial

Enumere cualquier otra condición médica, enfermedad o discapacidad que pueda tener: _____

Medicamentos actuales (incluyendo productos de aspirina): _____

HISTORIA DE EMBARAZO:

Alguna vez has estado embarazada? Si No Número de hijos _____

OPERACIONES/ TRATAMIENTOS PASADOS:

Incluya TODAS sus cirugías, incluidos los procedimientos cosméticos:

Año	Tipo de Operación/ Doctor
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alguna vez ha experimentado hipertermia maligna? Si No

HISTORIA FAMILIAR:

Tiene algún PARIENTE DE SANGRE que haya tenido:

(Por favor enumere parientes con condición)	Diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
	Cáncer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
	Enfermedad Cardíaca?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
	Hendido/Craneofacial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
	Desconocido/ Adoptado	<input type="checkbox"/> Sí	Fecha de Adopción:	_____

EMBARAZO, NACIMIENTO, & HISTORIA DE LA SALUD DEL BEBE:

Tuvo alguna enfermedad o problemas durante su embarazo? _____

Fue el parto por cesárea? Si No

Cual fue el peso al nacer ___lbs. ___oz. Nacida prematura?; ¿Cuántas semanas? _____

Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

- Defectos del Corazón Neumonía Meningitis Cáncer Amígdalas & Adenoides Removidas

Otras enfermedades, condiciones, o discapacidades _____

Sus hijos tienen ahora, o tuvieron en el pasado, alguno de los siguientes:

Infecciones frecuentes del oído? Sí No

5 o más resfriados/infecciones de garganta en el ultimo año? Sí No

Convulsiones? Sí No

Problemas con audición? Sí No

Problemas dentales? Sí No

Esta su hijo al día con todas sus vacunas? Sí No

FIRMA: _____ FECHA: _____

HIPAA Information and Consent Form

Nombre del Paciente: _____

La ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA) brinda seguridad para proteger su privacidad. La implementación de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de Abril del 2003. Muchas de las políticas han sido parte de nuestra práctica durante años. Este formulario es una versión "amigable". Se publica un texto más completo en la oficina.

De que se trata todo esto: Específicamente, hay reglas y restricciones sobre quien puede ver o ser notificado de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para brindarle servicios de oficina. HIPAA le Brinda ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle un servicio y atención profesional de calidad. Hay información adicional disponible del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud, según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos del paciente pueden almacenarse en estanterías abiertas y no contendrán ninguna codificación que identifique la condición o la información del paciente que aún no es un asunto de registro público. El curso normal de la atención médica significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de examen, etc. Esos registros no están disponibles para personas que no sean personal de oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados en la oficina para el manejo de registros de paciente, PHI, y otros documentos o información.
2. La política de esta oficina es recordarles a los pacientes de sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo, o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o según lo solicite. Es posible que le enviemos otras comunicaciones para informarle sobre cambios en la política de la oficina y las nuevas tecnologías que pueda encontrar valiosas o informativas.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la conducción de los negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Usted acepta presentar cualquier inquietud o queja con respecto a la privacidad al gerente del consultorio o al médico.
6. Su información confidencial no se utilizara para fines de marketing o publicidad de productos, bienes, o servicios.
7. Acordamos proporcionar a los pacientes acceso a sus registro de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar, o modificar cualquiera de estas disposiciones para satisfacer mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Tiene derecho a solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y a solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas en la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

Yo, _____ doy mi consentimiento y reconozco que estoy de acuerdo con los términos establecidos en el formulario de información de HIPAA y cualquier cambio posterior si la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor a partir de ahora.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Patient Authorization for Personal Representative

Propósito de la solicitud: Yo autorizo a International Craniofacial Institute/Sage Plastic Surgery para divulgar o proporcionar mi información de salud protegida a la siguiente persona que está autorizada para actuar como mi representante personal con el fin de recibir toda la información de salud protegida sobre mí. Como mi representante personal designado, pueden ejercer mi derecho a inspeccionar, copiar, y corregir mi información de salud protegida. También pueden consentir o autorizar el uso o divulgación de mi información de salud protegida:

Nombre del Representante Profesional _____ Teléfono _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____

Vencimiento o terminación de la autorización: Esta autorización permanecerá vigente hasta que usted, su representante personal u otra persona en la entidad legal autorizada a hacerlo la rescinda por orden judicial o ley.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Póliza Financiera & Seguro

Nombre del Paciente: _____

Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información para el paciente e informar a nuestra oficina de cualquier cambio de dirección o seguro. Para que podamos tratar y atender a nuestros pacientes, debemos tener información completa y correcta.

El pago por los servicios se debe **al momento del servicio**. Aceptamos efectivo, cheques, Mastercard, Visa, Discover, y American Express. Estaremos encantados de cobrarlo a su seguro si es miembro de un plan de seguro en el que estamos contratados. Habrá un cargo de servicio de \$35.00 por cualquier cheque devuelto.

Los cargos en su cuenta con nuestra oficina reflejarán solos los cargos de **nuestros** médicos. El proveedor que realice el servicio facturará a cualquier hospital, radiografía, laboratorio, anestesia, patología, etc.

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención médica posible y nos complace conversar con usted sobre nuestros cargos honorarios profesionales en cualquier momento. Si tiene seguro médico estamos ansiosos por ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestras políticas de pago. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, su responsabilidad o la política financiera.

Estaremos encantados de responder preguntas sobre su seguro médico. Debe darse cuenta, sin embargo, que:

- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador, y la compañía de seguros. No somos parte de ese contrato.
- No todos los servicios son un beneficio cubierto en su contrato. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán y estos son responsabilidad del paciente.
- Si su cobertura de seguro es a través de un plan con el que **no** estamos contratados, independientemente del reembolso de su proveedor, usted será responsable del saldo **COMPLETO** de su cuenta. Esto incluye cualquier cantidad superior a "razonable y habitual".

No presentamos reclamos de visitas al consultorio sobre planes de seguro con los que no participamos y usted será responsable de ese costo al momento del servicio. *Presentaremos* todos los reclamos de cirugía cubiertos por el seguro a su compañía de seguros y haremos todos los esfuerzos razonables para maximizar su reembolso por usted. Si su cobertura de seguro es a través de un plan con el que **no** estamos contratados, se puede requerir un depósito de cirugía antes de la fecha programada de la cirugía. Durante el proceso de reclamo, podemos pedirle que nos ayude en el proceso de pago de reclamos.

Debemos enfatizar que como proveedor de atención médica, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros. Aunque presentamos los reclamos de seguro es una cortesía que extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha en que se presentan los servicios.

Se entiende que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si surgen problemas, le recomendamos que se comunique con nosotros de inmediato para recibir asistencia en la administración de su cuenta.

Esta forma debe firmarse antes de servicios. Se convertirá en parte de su registro permanente con esta oficina.

"Yo asigno y transfiero al International Craniofacial Institute/ Sage Plastic Surgery todos mis derechos, títulos, e intereses a mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro con mi compañía de seguros actual."

FIRMA: _____ FECHA: _____

Consentimiento de Fotografía

Nombre del Paciente: _____

Yo, _____, doy mi consentimiento para que el International Craniofacial Institute/Sage Plastic Surgery (Dr. Carlos Raul Barcelo, Dr. Huay-Zong Law, Dr. Chelsea Snider o designado) tome fotografías de mi o partes de mi cuerpo en relación con el procedimiento previsto o realizado con la cirugía plástica. Entiendo que se pueden tomar fotografías antes, durante, y después de mi (s) procedimiento (s) como parte rutinaria de mi atención médica. Además, entiendo que estas fotografías se mantendrán estrictamente confidenciales.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Autorización de Fotografías

Además, autorizo el uso de mis fotografías en los formatos que se detallan a continuación. Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, la publicidad u otra copia que pueda usarse en relación con las siguientes opciones. Comprendo que **NUNCA** me identificaran por mi nombre en el uso de estas fotografías, pero que en algunas circunstancias las fotografías pueden representar características que hacen que mi identidad sea reconocible. Entiendo que, siempre que sea posible, se intentara enmascarar mi identidad mediante el recorte o el bloqueo de las características distintivas.

(Inialice SI o NO para cada uno de los siguientes elementos)

_____ SI _____ NO Para nuestra galería de fotos de la oficina para ayudar a futuros pacientes a comprender y ver resultados de la cirugía con nuestros médicos.

_____ SI _____ NO En nuestro sitio web para posibles pacientes para que puedan ver y comprender los resultados de la cirugía con nuestros médicos.

_____ SI _____ NO Con fines científicos, incluidas conferencias, seminarios, y artículos médicos.

Libero y descargo al International Craniofacial Institute/ Sage Plastic Surgery de todos los derechos que pueda tener en las fotografías y de cualquier reclamo que pueda tener en relación con dicho uso en la publicación, incluido cualquier reclamo de pago en relación con la distribución o publicación de las fotografías y/o reclamos de difamación.

Certifico que he leído la autorización y publicación anteriores y entiendo completamente sus términos.

FIRMA: _____ FECHA: _____

**Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento con un consentimiento por escrito.*