

Información del Paciente Patient Information	Información de Seguro Medico Insurance Information
Name: Nombre: Last Apellido First Primer Middle Segundo	Primary: Primario:
Address: Dirección:	Secondary: Secundario:
City/Ciudad State/ Estado Zip Code/Codigo Postal	Insured's Name: Nombre del asegurado:
Date of Birth: Fecha de Nacimiento:	Insured's DOB & SSN: Fecha de nacimiento y seguro social del asegurado:
Age: Edad:	Primary Physician:/Medico Primario:
Sex: M F Ethnicity: (height) Altura: Origen étnico: (weight) Peso:	I DO NOT HAVE INSURANCE NO TENGO SEGURO (please initial / Por favor inicial)
Home #: Casa #:	PLEASE PRESENT INSURANCE CARDS AND DRIVER'S LICENCE TO THE FRONT DESK / Por favor de presentar su tarjeta de seguro medico y licencia a recepcion
Cell #:	
Email:	
Preferred Contact: Contacto de Preferencia:	Responsible Party Persona Responsable (if patient is a minor) / (Si el/la paciente es menor de edad)
Marital Status: Estado Civil: Married Divorced Single Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a)	
Widowed Separated Viudo(a) Separado(a)	
SSN: Numero de Seguro Social:	Name: Nombre:
Are you preparing for a special event? Se esta preparando para un evento especial?	Address: Dirección:
Employer & Phone #: Nombre y Numero Telefonico de Empleador :	
Employer Address: Dirección de Empleador:	Home #: Casa #: Cell
Student: PT FT Estudiante: Tiempo Parcial Tiempo Completo	Relation to patient: Relación al paciente:
Spouse Name: Nombre de Cónyuge:	Mother's SSN: Father's SSN Numero de SS de la Madre: Numero de SS del Padre:
Spouse's Employer & Phone #: Nombre de Empleador del Cónyuge y Numero Telefonico:	Mother's Wk #: Father's Wk #: # de Telefono de la Madre: # de Telefono del Padre:
Spouse's Employer Address: Dirección del Empleador del Cónyuge:	Employer Name & Address: Nombre y dirección del Empleador:
Emergency Contact & Phone #: Nombre y Numero Telefonico en caso de Emergencia:	

Referral Source Fuente de Referencia	Accident Information Inromación de Accidente
Physician Name: Nombre de Medico:	Is this visit due to an accident? Yes No La visita es debido a un accidente? Si No
Friend/Relative: Amigo/Pariente:	Date of Accident: Fecha del Accidente:
Radio: B101.5 WFLS Mary Washington Hospital	Nature of Accident: Como ocurrió el accidente:
Free Lance Star Reputation Staff	Did this injury occur at work? Ocurrió esta lesión en el trabajo?
Ambiance Day Spa Moss Clinic Chunga	Workman's Comp Carrier portador de Workerman's Comp:
Church Bulletin Yellow Pages ASPS	Carrier's Phone & Fax #: Numero y Fax de Portador
Website: Extreme Mentor Locate A Doc PSSF Internet Search	Claim #: Numero de Reclamo
<input type="checkbox"/> Please select this box if you do not wish to be on our mailing list. / Por favor elegir esta caja si no desea estar en nuestra lista de envío.	Mailing Address for Claims: Dirección para reclamos:

Chart # _____

DATE: _____

NAME: _____

Primary Care Doctor/Doctor's Phone Number:/ Nombre y numero de su medio primario:

If you are currently under a doctor's care, please state why:/ Si esta bajo el cuidado de un medico, por favor explique

porque: _____

Please review and mark any problems you may have now, or have had in the past:/

Por favor revise y marque cualquier problema que tenga , o haiga tenido en el pasado:

If none of the below apply to you, please mark here. /Si ninguno de los siguiente le aplica , por favor marque la cajita:

_____ High blood pressure/ alta preesión _____ sinus/ sinusitis _____ chemotherapy/ quimioterapia

_____ phlebitis or clotting problems/ sanguínea flebitis o problema de coágulos

_____ Heart disease/ enfermedad del corazón _____ recent cold/flu / Gripe o resfriado reciente _____ radiotherapy/ radioterapia _____ vertigo/vertigo

_____ Heart attack / ataque cardiaco _____ emphysema/ enfisema _____ liver problems/problemas del hígado

_____ Chest pain/Dolor de pecho _____ tuberculosis/tuberculosis _____ hepatitis/hepatitis

_____ Angina/angina _____ pneumonia/pulmonia _____ jaundice/ictericia _____ sleep apnea

_____ emotional disorder/ Desorden emocional

_____ Irregular heartbeats/ latidos a el Corazon irregular _____ fainting/blackout/ desmayos o apagones _____ hiatal hernia/hernias

_____ thyroid disorder/desorden de tiroides

_____ Anemia/anemia _____ seizure/ataques _____ frequent heartburn /acidez frecuente

_____ steroid use/ uso de esteroides _____ Rheumatic fever/ fiebre reumática _____ stroke/ apoplejía _____ ulcers

_____ cancer/cancer _____ Leg cramps/pain Calambre o dolor de piernas _____ migraine headache migrañas

_____ kidney problems Problemas del riñon _____ bronchitis bronquitis _____ Bleeding tendency tendencia de hemorragia _____ nerve injury daños de nervio

_____ loose/chipped teeth Pedazos o dientes flojos _____ shortness of breath falta de respiración _____ Hemophilia hemofilia _____ paralysis parálisis

_____ false teeth/caps Dientes falsos o tapas _____ breathing problems problemas respiratorios _____ Easy bruising magullar facilmente _____ back injury espalda dañada

_____ neck pain/stiffness Dolor de cuello o tiezo _____ heart murmur soplo cardiaco _____ Blood transfusion transfusión de sangre _____ neck injury cuello dañado

_____ hoarseness/ronquera _____ Unable to exercise Indispuesto hacer ejercicios _____ herniated disc disco de hernia _____ difficulty opening mouth dificultad abriendo la boca
A causa de: _____

_____ weakness _____ other problems not listed otros problemas no nombrados _____

_____ Chronic cough Tos Crónica _____ arthritis artritis _____ sickle cell celula de hoz.

_____ Asthma/ _____ diabetes _____ glaucoma

Do you or have you ever suffered from a psychiatric illness?/ Tiene o alguna vez a sufrido de alguna enfermedad psiquiátrica?

Are you currently taking any medication (include over the counter, vitamins, etc)?/ Esta usted tomando algun medicamento(incluye medicamento sin receta,vitaminas, etc.)? none/ninguno

Medication/Medicamento	Dose/Dosis	Frequency/Frecuencia

Do you have any medication allergies? Tiene alguna alergia a medicamentos? none/ninguno

Medication/Medicamento	Reaction/Reacción	Medication

- Do you have a latex allergy? Es alergico(a) a látex? YES/SI NO/NO
- Do you have sleep apnea? YES/SI NO/NO
If yes, how are you being treated? _____
- Do you smoke or use tobacco? Fuma o usa tabaco? YES/SI NO/NO
If yes, amount _____ packs/day for _____ years /
De ser así, que cantidad paquetes _____ al día y por cuantos _____ años
- Prior use? /Uso Anteriormente? YES/SI NO/NO Stopped/ Dejo de usar _____
- Alcohol use? Uso de Alcohol? YES/SI NO/NO
If yes, amount?/De ser así que cantidad? _____
- Street/Recreational drug use?Algún uso de drogas? YES/SI NO/NO
If yes, what types?/De ser así, que tipo de drogas? _____
- Could you be pregnant? Podria estar embarazada? YES/SI NO/NO N/A/No Sabe
Start of last menstrual period?Cuando comenzo su ultimo periodo menstrual? _____/_____/_____

List **all** previous surgeries / Listar toda cirugía previa

Surgery /Cirugia	Date/Fecha

Have you experienced any of the following during or after receiving anesthesia? A experimentado alguna de las siguientes durante o despues de recibir anestesia? NO / YES

- | | | |
|--|---|---|
| _____ High temperature / Temperatura Alta | _____ jaundice/ictericia | _____ headache/dolor de cabeza |
| _____ Allergic reaction/Reacción alergica | _____ delayed awakening/
retraso en despertar | _____ excessive bleeding/
perdida de sangre excesivo |
| _____ Hoarseness/sore throat /
ronco o con dolor de garganta | _____ prolonged weakness/
debilidad prolongada | _____ muscle soreness/ dolor muscular |
| _____ Difficulty with breathing tube/
dificultad respirando con el tubo | _____ nausea and vomiting/náusea y vómito | |

Reason for consultation?Motivo de consulta? _____

Por la presente, estoy de acuerdo que la informacion dada es correcta. Y por la presente autorizo al DR. _____ hacer publica cualquier informacion medica al seguro nombrado en la parte de arriba, o a el abogado, por razones de reclamos administrativos validos e eficaz de la fecha en cual es firmado hasta que sea revocado por escrito. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorizacion. He leido esta autorizacin y la eh entendido. Por la presente nombro al DR. _____ de todo el dinero del cual tengo derecho para uso medico y/o gastos quirugicos relativos al servicio rendido por el.

Firma del paciente _____

Fecha: _____

Firma del Asegurado o Tutor legal _____

Fecha: _____

*I HEREBY AGREE THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT AND I, HEREBY, AUTHORIZE DR. _____ TO RELEASE ANY AND ALL MEDICAL INFORMATION TO THE ABOVE NAMED INSURANCE CARRIER, OR ATTORNEY, FOR PURPOSES OF CLAIMS ADMINISTRATION AND VALID AND EFFECTIVE FROM THE DATE OF SIGNING UNTIL REVOKED IN WRITING. I UNDERSTAND THAT I MAY REQUEST A COPY OF THIS AUTHORIZATION. **I HAVE READ THIS AUTHORIZATION AND UNDERSTAND IT.** I HEREBY ASSIGN TO DR. _____ ALL MONEY TO WHICH I AM ENTITLED FOR MEDICAL AND/OR SURGICAL EXPENSE RELATIVE TO THE SERVICE RENDERED BY HIM.*

PLASTIC SURGERY SERVICES OF FREDERICKSBURG

Practice and Financial Policies

POLITICA DE LA CONSULTA Y FINANCIEROS

Thank you for choosing Plastic Surgery Services of Fredericksburg. We are pleased to be of service to you and we are committed to providing you with the best care possible. Please review the following policies and feel free to discuss your questions with our staff. A copy of these policies will be provided at your request.

Gracias por escoger Plastic Surger Services of Fredericksburg. Estamos encantados de estar a su servicio, nos comprometemos a darle el mejor cuidado. Por favor revise las siguientes politicas y sientase libre de hacer cualquier pregunta a nuestro equipo de trabajo. Una copia de estas politicas se le entregara a su petición.

FINANCIAL POLICIES/ Polizas Financieras

Insurance: We will be happy to assist you with filing your insurance claim when the services you have received meet medical necessity requirements. We do participate with some insurance plans (please see posted list); however, we wish to emphasize the fact that your health insurance policy is a contract between you and your insurance carrier. It is important that you read and understand your policy and its requirements for coverage including pre-authorization of services. Filing your primary insurance is a service we provide if we participate with your primary insurance plan, but all charges are your responsibility from the date of service rendered. It is your responsibility for payment of any medical or surgical services provided by this office. If you provide outdated or incorrect insurance information, you will be responsible for any denied claims. Most plans have a timely filing period so it is important that the information you provide our practice is the most current available.

In the event we do not participate with your primary insurance plan, our office will not file your insurance claim and payment will be expected at time of services or two weeks prior to any surgical procedure. We will be pleased to supply you with the appropriate billing codes as well as other necessary documentation so you can successfully file the claim with your plan.

Seguro: Estamos contentos de poder asistirle con su reclamo de seguro cuando usted haiga recibido los servicios medicos que le satisfacen sus necesidades. Nosotros participamos con algunos planes de seguro (Por favor de ver la lista anunciada); Sin embargo, deseamos acentuar el hecho que su poliza de seguro medico es un contrato entre usted y su portador de seguro. Es importante que usted lea, y entienda su poliza y sus requisitos, la covertura incluyendo la pre-autorización de servicios. El expediente que su seguro primario es un servicio que nosotros proporcionamos si es que participamos con su plan primario de seguro, pero todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha del servicio rendido. Es su responsabilidad el pago de cualquier servicio mesico o quirurgico, proporcionado por esta oficina. Si usted nos proporciona con información obsoleta o inexacta de seguro, usted sera responsable de cualquier reclamo negado. La mayoría de planes tienen un periodo oportuno para clasificación es importante que la información que usted proporcione a nuestra clinica sea la mas disponible e actual.

Secondary Insurances: We do not file secondary insurances. If you need a copy of your original claim for your secondary carrier, please call the office and one will be mailed to you.

Seguro Secundario: Nosotros no archivamos seguros secundarios. Si usted necesita una copia de su reclamo original para su portador secundario, por favor llame a la oficina y uno le será enviado a usted.

Breast Reconstruction: If we are not contracted with your insurance, we will be considered Out-of-Network by your insurance plan. If your insurance plan requires a referral from your primary care physician, it is your responsibility to make sure you have it prior to your appointment. If no referral has been obtained, it is your option to pay for the visit in full at time of treatment or reschedule. PSSF will obtain authorization, if needed,

from your insurance for surgical procedures related to breast reconstruction. PSSF will bill your insurance plan and accept usual/customary allowable from your insurance for breast reconstruction.

Reconstrucción Mamaria: Si no estamos contratados con su seguro, su plan de seguro nos considerará fuera de la red. Si su plan de seguro requiere una referencia de su médico de atención primaria, es su responsabilidad asegurarse de que lo tiene antes de su cita. Si no se ha obtenido ninguna referencia, es su opción pagar la visita en su totalidad en el momento del tratamiento o reprogramación. PSSF obtendrá autorización, si es necesario, de su seguro para procedimientos quirúrgicos relacionados con la reconstrucción mamaria. PSSF facturará su plan de seguro y aceptará el habitual/ habitual permitido de su seguro para la reconstrucción mamaria.

Referrals and Pre-authorization: If your insurance plan requires a referral from your primary care physician, it is your responsibility to make sure you have it prior to your appointment. If no referral has been obtained, it is your option to pay for the visit in full at time of treatment or reschedule. We will assist you with pre-authorization of all surgical procedures or procedures which may be considered medically necessary by your insurance company. If the service you wish to receive is considered NON-COVERED by your insurance plan, the patient or guarantor will be responsible for payment two weeks prior to surgery. Personal checks are accepted three weeks prior to surgery.

Referencias y Pre-Autorización: Si su plan de seguro requiere una referencia de su médico primario , es su responsabilidad de tener lo antes de su cita. Si no ha obtenido ninguna referencia , es su opción pagar por la visita en repleto al momento del tratamiento o volver a programar una cita. Nosotros le ayudaremos con pre-autorización de todos los procedimientos o los procedimientos quirúrgicos que se pueden considerar necesarios por su compañía de seguros. Si el servicio que usted desea recibir NO- SE CUBRE por su plan de seguro, el paciente o el fiador serán responsables del pago dos semanas antes de la cirugía. Los cheques personales son aceptados tres semanas antes de la cirugía.

Copays, Deductibles and Co-insurances: Per your insurance company, your copay, deductible and co-insurance must be paid at the time services are rendered.

Co-pago, Deducibles y el Co-seguro: Por su compañía de seguros, su co-pago, deducible y el co-seguro se debe pagar al momento de servicios rendidos.

Non-Elective Surgery: In the event we do not participate with your insurance or the service is non-covered or deemed not a medical necessity, full payment is due two weeks prior to surgery. Deductibles and co-insurance are due two weeks prior to surgery. If we participate with your insurance, PSSF will assist you with pre-authorization for surgical procedures.

Cirugía no electiva: En el caso de que no participemos con su seguro o el servicio no esté cubierto o no se considere una necesidad médica, el pago completo se debe dos semanas antes de la cirugía. Los deducibles y el coseguro deben presentarse dos semanas antes de la cirugía. Si participamos con su seguro, PSSF le ayudará con la preautorización para procedimientos quirúrgicos.

Cosmetic Surgery: Elective procedures, such as cosmetic surgery, require a deposit and must be paid in full two weeks prior to the surgical procedure. Patients will receive a price quote that outlines payment and terms for cosmetic surgical services. Personal checks are accepted three weeks prior to surgery. A reschedule fee of \$200 will be charged if you reschedule less than two weeks prior to your procedure.

Cirugía estética: Los procedimientos electivos, como la cirugía estética, requieren un depósito y deben pagarse en su totalidad dos semanas antes del procedimiento quirúrgico. Los pacientes recibirán una cotización de precios que describe el pago y los términos para los servicios quirúrgicos cosméticos. Los cheques personales se aceptan tres semanas antes de la cirugía. Se cobrará una tarifa de reprogramación de \$200 si reprograma menos de dos semanas antes de su procedimiento.

Forms of payment: We accept cash, check, Visa and Mastercard. If a check is returned, you will be charged a non-sufficient funds fee of \$50.00. In the event of non-payment, you will bear the cost of collection, and/or

court costs and reasonable legal fees should this be required.

Las formas de pago: Aceptamos dinero en efectivo, cheque, Visa y Mastercard. Si un cheque se devuelve, usted será cargado un honorario de \$50.00 por no-suficientes fondos. En caso de falta de pago, usted correrá con los gastos de la colección, y/o costos razonables del tribunal y honorarios legales de esto ser requerido.

Surgery Related Charges: Elective procedures, such as cosmetic surgery, require a deposit and must be paid in full two weeks prior to the surgical procedure. Copypays, deductibles and co-insurance are due at time of service for non-elective surgery that is covered by an insurance plan we participate with. In the event we do not participate with your insurance or the service is non-covered, payment is due two weeks prior to surgery. Patients will receive a price quote that outlines payment and terms for cosmetic and non-covered surgical services. A reschedule fee of \$200 will be charged if you reschedule less than two weeks prior to your procedure.

Cargos relacionados con la cirugía: Los procedimientos optativos, tal como la cirugía estética, requiere de un depósito y la cantidad debe ser pagada dos semanas antes del procedimiento quirúrgico. Copagos, deducibles y co-aseguro se deben al momento del servicio para la cirugía no-optativo que sea cubierta por un plan de seguro en el cual participamos. En caso que nosotros no participamos con su seguro o el servicio no es cubrido, el pago debe ser pagado dos semanas antes de la cirugía. Los pacientes recibirán una cuota del precio que resume el pago y los términos para el servicio cosmético y el q no se cubre y/o servicios quirúrgicos. Un honorario de \$200 se le cargará si usted reprograma en menos de dos semanas antes de su procedimiento.

PRACTICE POLICIES/ Polizas de la Clinica

Appointments: Our phones are answered during office hours from 8:30 am - 5:00 pm, Monday-Friday. After 5:00 pm you may leave a message with our answering service. Non-emergency messages will be returned on the next business day. Our on-call provider will return emergency calls as soon as possible.

Citas: Nuestros teléfonos se contestan durante horas de oficina de 8:30 am - 5:00 p.m., de Lunes a Viernes. Después de las 5:00 p.m. usted puede dejar algún recado con nuestro servicio telefónico contratado. Los mensajes de no-emergencia se volverán en el próximo día hábil. Nuestro proveedor de guardia regresara las llamadas de emergencia tan pronto sea posible.

Late Policy: Every effort will be made to fit you into the schedule if you are more than 15-30 minutes late. If we are running behind, we will do our best to notify you and assist you in rescheduling your appointment, if you so desire.

Tardanzas: Cada esfuerzo se hará para quedar en el horario, si usted llega mas de 15-30 minutos tarde. Si corremos una tardanza, haremos lo mejor posible para notificarle y le ayudaremos a reprogramar su cita, si usted lo desea.

Missed Appointments: If you need to reschedule or cancel your appointment, please give us at least 24-hour notice. Failure to do so will result in a fee.

Citas perdidas: Si usted necesita reprogramar o cancelar su cita, por favor de notificarnos por lo menos 24 horas antes. El fracaso de hacer así tendrá como resultado un honorario.

Test Results: Patients are called with **abnormal** test results. This includes tests performed in the office or ordered by this office. If you have not been called, but would like your results reviewed with you, please call the office. Keep in mind the following:

Blood tests require 3-5 days

Cultures require 5-7 days

Pathology (biopsies) require at least 1 week

Resultados de Prueba: Los pacientes con resultados anormales de prueba serán llamados. Esto incluye las pruebas realizadas en la oficina u ordenado por esta oficina. Si usted no ha sido llamado, pero querría sus resultados revisados con usted, por favor llame a la oficina. Tenga presente lo siguiente: Los análisis de sangre requieren 3-5 de días Culturas requieren 5-7 de días Patología (biopsias) requieren por lo menos 1 semana

Prescriptions: If you need a prescription refill or if you have lost your prescription, please leave a message with one of our staff. We will make every effort to call in or write your prescription within 48 hours of your phone call. When calling you will be asked for your first and last name, your home/office number including a cell phone if available, the name of the prescription, and the name, phone number and address of your pharmacy.

Please note, your insurance may not cover prescriptions that are related to cosmetic services. We will not pre-authorize prescriptions related to cosmetic services.

Recetas Medicas: Si usted necesita que le vuelvan a surtir su receta o si usted ha perdido su receta medica, deje por favor algún recado con nuestro personal. Haremos cada esfuerzo de llamar o escribirle su receta medica dentro de 48 horas de su llamada telefónica. Al llamarle se le pedira su primer nombre y el apellido, su número de oficina/ casa inclusive un teléfono celular si este es disponible, el nombre de la receta medica, el nombre, número de teléfono y la dirección de su farmacia.

Favor de notar, su seguro talvez no cubra las recetas medicas que son relacionadas a servicios cosméticos. Nosotros no de pre-autorizamos recetas medicas relacionadas a servicios cosméticos

Fee for Completion of Forms or Letters: A fee of \$20.00 per form will be charged for completion of forms or letters.

Honorario de Terminación de Formas o Cartas: Un honorario de \$20.00 por forma será cargado por terminación de formas o cartas.

VHI Reporting: The Virginia Assembly passed HB2743 in 2001 which is a law requiring ambulatory surgical centers, hospitals, and physicians to provide certain information on outpatient surgical procedures. Your Social Security Number is required to be reported.

Reportaje de VHI: La Asamblea de Virginia pasó HB2743 en 2001 que es una ley que requiere centros quirúrgicos ambulatorios, hospitales y médicos proporcionar cierta información sobre procedimientos quirúrgicos de consulta externa. Se requiere que su Número de seguridad social sea relatado.

Medical Record Requests: Our fee for this service is based on Virginia code 8.01-413B which require that records be provided within 15 days for a charge not to exceed fifty cents per page for the first 50 pages and twenty-five cents for each additional page and a fee not to exceed ten dollars for searching, handling and mailing the records.

Petición de Historial Medico: Nuestro honorario para este servicio se basa en el código de Virginia 8.01-413B que requiere que los registros sean proporcionados dentro de 15 días por un cargo que no exceda cincuenta centavos por página por las primeras 50 páginas y veinticinco centavos por cada página adicional y un honorario que no exceda diez dólares por buscar,mas el manejo y envio de los registros.

Labs or Outside Tests: Our providers may order blood work, pathology, EKG or chest x-ray to be done after your visit today. You will receive a bill from the laboratory or radiologist that performed the studies requested. Please call the laboratory or radiologist regarding these bills. They have their own billing offices and you should contact the telephone number on your bill.

In addition, there may be some tests that your insurance will not cover. You will be billed by the laboratory/radiologist upon denial of your insurance. If you feel that laboratory/radiologist may not have all of your insurance information or incorrect insurance information, please call the billing telephone number on

your laboratory/radiology bill.

Laboratorios o Pruebas hechas fuera de la clinica: Nuestros proveedores pueden ordenar el trabajo de sangre, patología, EKG o radiografías torácica se pueden hacer después de su visita hoy. Usted recibirá una cuenta del laboratorio o el radiólogo que realizaron los estudios solicitados. Llame por favor a el laboratorio o radiólogo con respecto a estas cuentas. Ellos tienen sus propias oficinas que facturan y usted debe contactar el número de teléfono en su cuenta.

Además, es posible que haya algunas pruebas que su seguro no cubrirá. Usted será facturado por el laboratorio/radiólogo sobre la negación de su seguro. Si usted siente que el laboratorio/radiólogo no tiene toda su información del seguro o información inexacta de seguro, llame por favor a el número de teléfono que factura en su cuenta de laboratorio/radiología.

Delinquent Accounts: Account balances in excess of 90 days may be turned over to a collection agency due to failure of payment. You will be responsible for all collection, court, and or attorneys fees.

Cuentas Morosas: Los saldos de las cuentas que excedan de 90 días pueden ser entregados a una agencia de cobro debido a un incumplimiento de pago. Usted será responsable de todos los honorarios de cobro, corte y abogados.

I have read Plastic Surgery Services of Fredericksburg financial and office policies. By signing below I agree to all terms set fourth by Plastic Surgery Services of Fredericksburg that apply to my account.

He leído Plastic Surgery Services Of Fredericksburg financieras y políticas. Al firmar a continuación acepto todos los términos enunciados por la Cirugía Plástica Servicios de Fredericksburg que se aplican a mi cuenta.

Patient/Guarantor Signature
Firma de Paciente/Fiador: _____

Date / Fecha: _____

Cuestionario al Paciente y Reconocimiento del HIPAA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nuestra facilidad estara en contacto con usted para recordarle cualesquiera citas, opciones de tratamiento del cuidado de salud, pago de cuentas u otros servicios médicos que puedan estar de interés a usted. Seleccione por favor por lo menos un modo de conexión donde podemos también dejar un mensaje de voz.

podemos contactarlo en su casa? Si/No Tel (____) _____ aceptable dejar el voicemail Si/No
podemos contactarlo en su trabajo Si/No Tel (____) _____ aceptable dejar el voicemail Si/No
podemos contactarlo via celular? Si/No Tel (____) _____ aceptable dejar el voicemail Si/No
podemos contactarlo via email? Si/No email _____

Comentario: _____

¿Se puede dejar un mensaje con el nombre de nuestro doctor y cuál la llamada está en referencia?
Si/No

¿Hay alguna persona que le podamos dejar un mensaje ? Si/No (sí, por favor el primer nombre y apellido)

¿Si usted persigue la cirugía, con quien podemos nosotros discutir la información pertinente a su procedimiento? (Por favor de anotar Primer nombre y Apellido)

¿Desea usted autorizar a un individuo como su representante personal? Esta persona tendría la autoridad para programar, para confirmar o para cambiar citas solamente. Si/No (si, Por favor de anotar Primer nombre y Apellido)

Firma del Paciente Fecha

Plastic Surgery Services of Fresdericksburg me ha provisto una copia de mis derechos como un paciente bajo el acta de HIPAA. Me han proporcionado la oportunidad de leer y de entender mis derechos y de hacer preguntas con respecto a mis derechos y de recibir respuestas a mi satisfacción.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Consentimiento/ Reconocimiento para el Idioma

Uso y Revelación de Información de Salud de Protegida

Entiendo que Plastic Surgery Services of Fredericksburg pueden utilizar y pueden revelar mi información protegida de salud (PHI) con el propósito del tratamiento, pago, y de operaciones de asistencia médica. Reconozco también que he recibido, he sido ofrecido, o he recibido en el pasado, una copia de la Nota de la Práctica de Prácticas de Intimidad, que proporciona información acerca de cómo la práctica, y los individuos implicados en mi cuidado en la Práctica, pueden utilizar y pueden revelar mi PHI. Como proporcionado en el Aviso, los términos de el Aviso pueden cambiar. Para obtener una copia de algun Aviso actual, yo entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad al (540) 371-7730.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que la Práctica restringe mi información protegida de salud de como sea utilizada revelada para el tratamiento, operaciones de salud o de pago, pero también entiendo que la Práctica no se requiere a concordar a una restricción solicitada. Sin embargo, si la Práctica concuerda, estaria atado por ese acuerdo. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, al menos a la extensión que la Práctica, o los individuos implicados en mi cuidado en la Práctica, ya haigan utilizado o han revelado la dependencia de PHI en mi consentimiento prioridad.

Paciente o Sucedáneo Legal Fecha Relación al Paciente

Testigo Fecha Relación al Paciente

Autorizo a el siguiente a tener acceso a mis registros que pertenecen a facturar y tratamiento:

_____ Nombre	_____ Relación al Paciente
_____ Nombre	_____ Relación al Paciente
_____ Nombre	_____ Relación al Paciente
_____ Nombre	_____ Relación al Paciente

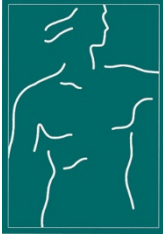
**Plastic Surgery Services of Fredericksburg
Consentimiento para Análisis de Sangre
(VIH, Hep B, Hep C)**

Entiendo que bajo la ley de Virginia, si al examinar o durante el tratamiento, cualquier persona empleada por o bajo la dirección y el control de Plastic Surgery Services es expuesto directamente a mis líquidos del cuerpo en una manera a que puede transmitir VIH, la Hepatitis B o la Hepatitis C, yo seré considerado en haber tenido el consentimiento a una prueba para el VIH, la infección de la Hepatitis B o la Hepatitis C y al revelarse los resultados de la prueba a la persona expuesta.

Firma: _____

Si Firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación:

Fecha: _____ Testigo: _____



Programa de ePrescribe

Plastic Surgery Services of Fredericksburg está inscrito en un programa de prescripción electrónica. ePrescribeing es una manera para que los médicos envíen electrónicamente recetas precisas y legibles desde el consultorio del médico a la farmacia.

Consentimiento

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está dando su consentimiento a los Servicios de Cirugía Plástica de Fredericksburg para utilizar la prescripción electrónica y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica con fines de tratamiento.

Iniciales: _____

Inicializando arriba, estoy de acuerdo en que la cirugía plástica Servicios de Fredericksburg podrán solicitar y utilizar prescriben medicamentos historia desde otros proveedores de cuidados de salud y enviar mis recetas electrónicamente a la farmacia de mi elección.

Su nombre (por favor imprima)

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Alergias a la droga: _____

Nombre de farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección de farmacia: _____

Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que revoque su consentimiento. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy su consentimiento informado a los Servicios de Cirugía Plástica de Fredericksburg para inscribirme en este Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Imprimir nombre del paciente: _____

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Relación con paciente: _____