

## Información del

### paciente Información del

paciente Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Apellido Primera M

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Cómo desea ser contactado?  Teléfono  
 teléfono celular  Teléfono del trabajo  correo electrónico  Por Mail

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo del cónyuge: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién debemos comunicarnos?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Solo para pacientes menores

Partes responsables Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Apellido Primero

Dirección de envío: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el paciente:  Madre  Padre  Tutor legal

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

### Información del seguro **No tengo seguro (inicial):** \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Yo mismo  Cónyuge  padres

### Información del accidente de los

¿Se debe a un accidente?  Sí  No Fecha del accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Naturaleza del accidente:  Accidente automovilístico  Ocurrió en el trabajo  Mordedura de perro  Otro: \_\_\_\_\_

¿A quién le ha informado de su accidente?  Ninguno  Seguro de automóvil  Compensación al trabajador  Otro: \_\_\_\_\_

### Fuente de remisión

¿Lo remitió un médico?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? \_\_\_\_\_

¿Fue referido por un amigo o familiar?  Sí  No En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? \_\_\_\_\_

Si ninguno de los anteriores, marque quién lo refirió:

Newstalk 1230  B101.5  Universidad Mary Wash.

Free Lance Star  Clínica Moss  Reputación  Páginas amarillas  Nuestro sitio web

Busque un documento  Búsqueda en Internet  Geico  Manchas. Co. Escuelas

Hospital Mary Washington  Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos  Noticia: \_\_\_\_\_

Redes sociales: Face Book  Twitter  Google +  Otro: \_\_\_\_\_

¿Está planeando un evento especial?  Sí  No En caso afirmativo, qué tipo de evento:  Boda  Reunión

Vacaciones / Viaje  Otro: \_\_\_\_\_

**Marque aquí si prefiere NO recibir las próximas promociones por correo o correo electrónico.**

Marque cualquier problema que tenga ahora O haya tenido en el pasado.

Ninguno se aplica

- Presión arterial alta     Problemas de los senos nasales     Quimioterapia     Enfermedad cardíaca     Ictericia
- Resfriado / gripe reciente     Radioterapia     Vértigo     Hernia hiatal     Acidez estomacal frecuente
- Ataque cardíaco     Enfisema     Problemas hepáticos     Hepatitis     Tuberculosis     Dolor en el pecho
- Latidos irregulares     neumonía     úlceras     Trastorno emocional     Angina     Anemia
- Desmayos / pérdida de conocimiento     Stroke     trastorno de la tiroides     Fiebre reumática
- calambres en las piernas / Dolor     Convulsiones     migraña / Dolor de cabeza     uso de esteroides
- tendencia a la hemorragia     Lesión del nervio     Problemas de los riñones     cáncer
- falciformes Celular     hemofilia     Parálisis     flojos dientes / astillado     Bronquitis     diabetes     Fácil Moretones
- lesiones en la espalda     Los dientes postizos / Caps     Falta de aliento     Glaucoma
- Transfusión de sangre     Lesión en el cuello     dolor de cuello / rigidez     respiratorios problemas
- problemas coagulación     crónicas tos     Hernia de Disco     ronquera     Soplo en el corazón     dificultad para abrir la boca
- Asma     Debilidad     Artritis
- Otros problemas no enumerados: \_\_\_\_\_  No puede hacer ejercicio debido a \_\_\_\_\_

**¿Tiene o ha padecido alguna vez una enfermedad psiquiátrica?**     Sí     No En

**caso afirmativo, indíquenos el nombre del médico:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del médico** \_\_\_\_\_

Altura del paciente: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas    Peso del paciente: \_\_\_\_\_ libras    IMC \_\_\_\_\_

¿Paciente con baipás gástrico?     Sí     No Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_    ¿Ha perdido más de 75 libras en un año?     Sí     No ¿

¿Motivo de la consulta? \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?     Sí     No ¿Razón? \_\_\_\_\_

¿Podría estar embarazada?     Sí     No    Fecha del último período menstrual: \_\_\_\_\_

**¿Tiene apnea del sueño?**     Si     No    ¿Cómo está siendo tratado? \_\_\_\_\_

**¿Usa tabaco?**     Si     No    \_\_\_\_\_ Paquetes / Día por \_\_\_\_\_ Años.

¿Bebes alcohol?     Sí     No    \_\_\_\_\_ Bebidas / Semana.

¿Usa drogas "callejeras"?     Sí     No    ¿Qué tipos? \_\_\_\_\_

**¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas durante o después de recibir la anestesia?**     Ninguno

- Reacción alérgica     sangrado excesivo     La ronquera / Dolor de garganta     Dolores de cabeza
- Retraso Despertar     prolongada debilidad     Alta Temperatura     Ictericia
- Dolor Muscular     Las náuseas y los vómitos     Dificultad con el tubo de respiración

**cirugías previas / Procedimientos:**

Ninguno

**Fecha:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Enumere sus alergias a medicamentos y Reacciones alérgicas**

Si no tiene, marque aquí

_____
_____
_____

¿Alergia al látex?     Sí     No

¿Alergia a la soja?     Sí     No

**Enumere sus medicamentos, vitaminas y hierbas actuales**

_____
_____
_____

¿Reemplazo hormonal?     Sí     No

Pastillas anticonceptivas     Sí     No

**Soy consciente de que, si me someto a una cirugía, se me pedirá que deje de tomar el reemplazo hormonal / control de la natalidad 1 mes antes de la cirugía**

**Iniciales** \_\_\_\_\_

Por la presente acepto que la información anterior es correcta y Por la presente autorizo a los Dres. Heppe, Bautista y Aflaki para divulgar toda la información médica a mi compañía de seguros o abogado para fines de administración de reclamaciones. Esta autorización es válida y efectiva desde la fecha de la firma hasta que se revoque por escrito. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. He leído esta autorización y la entiendo. Por la presente asigno a los Dres. Heppe, Bautista y Aflaki todo el dinero al que tengo derecho para gastos médicos y / o quirúrgicos en relación con los servicios prestados por los Dres. Heppe, Bautista y Aflaki.

**Firma del paciente o tutor:** X \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## SERVICIOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA OFICINA DE FREDERICKSBURG Y FINANCIERA

**Seguro:** No participamos con ningún plan de seguro. Es su responsabilidad el pago de cualquier servicio médico, cosmético o quirúrgico proporcionado por esta oficina. Nuestra oficina no presentará su reclamo de seguro y se esperará el pago en el momento del servicio o dos semanas antes de cualquier procedimiento quirúrgico. Toda la documentación y las cotizaciones son cosméticas y las compañías de seguros no las consideran médicamente necesarias.

**Cirugía cosmética:** 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 del precio cosmético que describe el pago y los términos de los servicios quirúrgicos cosméticos. Se aceptan cheques personales tres semanas antes de la cirugía. Se le cobrará una tarifa de reprogramación si reprograma menos de dos semanas antes de su procedimiento.

**Formas de pago:** Aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover y Care Credit. En asuntos de disputa de pago o falta de pago, usted renuncia a su derecho a la privacidad bajo las pautas de HIPAA. Si se devuelve un cheque, se le cobrará un cargo por fondos insuficientes de \$ 50.00 y PSSF ya no aceptará sus cheques personales. En caso de impago, usted correrá con el costo del cobro y / o los costos judiciales y los honorarios legales razonables en caso de que sea necesario.

**Citas:** Nuestros teléfonos son atendidos durante el horario de oficina de lunes a viernes. Después del horario laboral, puede dejar un mensaje con nuestro servicio de contestador. Los mensajes que no sean de emergencia se devolverán el siguiente día hábil. Nuestro proveedor de guardia devolverá las llamadas de emergencia lo antes posible.

**Política de cancelación:** Si necesita cancelar o reprogramar su cita, avísenos con al menos 48 horas de anticipación. No hacerlo resultará en una tarifa. Usted perderá todos los depósitos de consulta prepagos si no cancela o reprograma al menos 48 horas antes de su cita programada. Múltiples no presentaciones o cancelaciones múltiples de menos de 48 horas resultarán en un depósito antes de programar cualquier cita.

**Política de retrasos:** Se harán todos los esfuerzos posibles para incluirlo en el horario si llega más de 10 minutos tarde. Si estamos retrasados, haremos todo lo posible para notificarle y ayudarlo a reprogramar su cita, si así lo desea.

**Resultados de la prueba:** se llama a los pacientes con resultados **anormales de la prueba**. Esto incluye pruebas realizadas en la oficina o ordenadas por esta oficina. Si no ha sido llamado, pero le gustaría que sus resultados fueran revisados con usted, por favor llame a la oficina. Tenga en cuenta lo siguiente: Los análisis de sangre requieren de 3 a 5 días Los cultivos requieren de 5 a 7 días La patología (biopsias) requiere al menos 1 semana.

**Recetas:** si necesita un resurtido de recetas, deje un mensaje con un miembro de nuestro personal. Haremos todo lo posible para enviar su receta en forma electrónica a su farmacia en el archivo dentro de las 48 horas posteriores a su llamada telefónica. Tenga en cuenta que es posible que su seguro no cubra recetas relacionadas con servicios cosméticos. No autorizaremos previamente recetas relacionadas con servicios cosméticos. Los Servicios de Cirugía Plástica de Fredericksburg pueden acceder a la información contenida en los archivos del Programa de Monitoreo de Recetas de Virginia en todas las recetas de Lista II, III o IV dispensadas a un paciente.

**Recetas electrónicas:** Plastic Surgery Services of Fredericksburg está inscrito en un programa de prescripción electrónica según la ley federal. ePrescribing es una forma en que los médicos envían electrónicamente recetas precisas y legibles desde el consultorio del médico a la farmacia de su elección. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a Plastic Surgery Services of Fredericksburg para utilizar la prescripción electrónica y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento.

**Tarifa por completar formularios o cartas:** Se cobrará una tarifa de \$ 20.00 por formulario por completar formularios o cartas, como FLMA o papeleo de discapacidad.

**Informes de VHI:** La Asamblea de Virginia aprobó HB2743 en 2001, que es una ley que requiere que los centros quirúrgicos ambulatorios, los hospitales y los médicos proporcionen cierta información sobre los procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Se requiere informar su número de seguro social.

**Solicitudes de registros médicos:** nuestra tarifa por este servicio se basa en el código de Virginia 8.01-413B, que requiere que los registros se proporcionen dentro de los 15 días por un cargo que no exceda los cincuenta centavos por página para las primeras 50 páginas y veinticinco centavos por cada página adicional. y una tarifa que no exceda los diez dólares por buscar, manejar y enviar los registros.

**Pruebas de laboratorio o externas:** nuestros proveedores pueden solicitar análisis de sangre, patología, electrocardiograma, radiografía de tórax, tomografía computarizada o resonancia magnética después de su visita de hoy. Es posible que reciba una factura del laboratorio, centro de imágenes o radiólogo que realizó los estudios solicitados, ya que es posible que su compañía de seguros no cubra estas pruebas relacionadas con la cirugía estética.

**Consultas de telemedicina:** La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica evalúen, diagnostiquen, administren y traten una serie de problemas de atención médica. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas o subespecialistas. Doy mi permiso para participar en consultas de telemedicina con Plastic Surgery Services of Fredericksburg. Entiendo que el proveedor de atención médica consultor estará en una ubicación diferente a la mía. Entiendo que la telemedicina puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento. Drs. Heppe, Bautista, Aflaki y otros asistentes se comunicarán mediante videoconferencia interactiva. Entiendo y eximo a PSSF de los posibles riesgos de esta tecnología, incluidas las interrupciones, el acceso no autorizado y las dificultades técnicas. Entiendo que cualquier cotización que se me proporcione es solo una estimación y no una garantía de precio o procedimiento hasta que mi médico pueda realizar un examen médico completo.

**Cuentas morosas:** Los saldos de las cuentas que superen los 90 días pueden entregarse a una agencia de cobranza debido a la falta de pago. Usted será responsable de todos los honorarios de cobranza, de la corte o de los abogados.

Entiendo que, según la ley de Virginia, si al examinarme o tratarme, cualquier persona empleada por o bajo la dirección y control de los Servicios de Cirugía Plástica se expone directamente a mis fluidos corporales de una manera que pueda transmitir el VIH, la hepatitis B o la hepatitis C, Se considerará que he dado mi consentimiento para realizar pruebas para detectar esas enfermedades y para divulgar los resultados de las pruebas a la persona expuesta.

He leído las políticas financieras y de oficina de los Servicios de Cirugía Plástica de Fredericksburg. Al firmar a continuación, acepto todos los términos establecidos en cuarto lugar por Plastic Surgery Services of Fredericksburg que se aplican a mi cuenta.

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o sustituto / garante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Entiendo que Plastic Surgery Services of Fredericksburg puede usar y divulgar mi información médica protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. En asuntos de disputa de pago o falta de pago, usted renuncia a su derecho a la privacidad bajo las pautas de HIPAA. **También reconozco que he recibido, se me ha ofrecido o he recibido en el pasado, una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la práctica, que proporciona información sobre cómo la práctica y las personas involucradas en mi atención en la práctica pueden usar y divulgar mi PHI.** . Según lo dispuesto en el Aviso, los términos del Aviso pueden cambiar. Para obtener una copia de cualquier Aviso actual, entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad al 540-371-7730. Entiendo que tengo derecho a solicitar que la Práctica restrinja la forma en que mi información médica protegida se usa o divulga para tratamiento, pago u operaciones de salud, pero también entiendo que la Práctica no está obligada a aceptar una restricción solicitada. Sin embargo, si la Práctica está de acuerdo, está obligada por ese acuerdo. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Práctica, o las personas involucradas en mi atención en la Práctica, ya hayan utilizado o divulgado la PHI basándose en mi consentimiento previo. Entiendo que después de seis años desde mi última visita al consultorio, la práctica puede destruir mis registros médicos. Entiendo que, en el caso de un paciente menor de edad, la práctica conservará el registro médico hasta que el paciente menor cumpla los 18 años de edad y por un mínimo de seis años.

**X** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Firma del paciente o sustituto** Fecha testigo

Además, autorizo a las siguientes personas a tener acceso a mis registros relacionados con la facturación y el tratamiento:

**Nadie Autorizado**

Nombre y apellido de la (s) persona (s): Relación con el paciente:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

usted **será** contactado por nuestra facilidad para recordarle las citas, las opciones de tratamiento de la salud, consultas de facturación, u otros servicios de salud que pueden ser de su interés. Seleccione al menos un modo de comunicación en el que también podamos dejar un mensaje de correo de voz.

- ¿Podemos comunicarnos contigo en casa?  Sí  No
- ¿Podemos comunicarnos con usted en el trabajo?  Sí  No
- ¿Podemos comunicarnos con usted por teléfono celular?  Sí  No
- ¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico?  Sí  No
- ¿Se puede dejar un mensaje con el nombre de nuestro médico y a qué se refiere la llamada?  Sí  No
- ¿Hay alguien con quien podamos dejar un mensaje?  Sí  No

Nombre y apellido de la (s) persona (s):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Le gustaría autorizar a una persona como su representante personal? Esta persona tendría la autoridad para programar, confirmar o cambiar citas únicamente.  Sí  No

Nombre y apellido de la (s) persona (s):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si desea someterse a una cirugía, ¿con quién podemos analizar la información pertinente a su procedimiento, como su atención posoperatoria?

Nombre y apellido de la (s) persona (s):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Plastic Surgery Services of Fredericksburg, PC me ha proporcionado una copia de mis derechos como paciente bajo la ley HIPAA. Se me ha brindado la oportunidad de leer y comprender mis derechos y hacer preguntas sobre mis derechos y recibir respuestas satisfactorias.

**X** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Firma del paciente o sustituto** Fecha testigo

Nombre del paciente en imprenta: \_\_\_\_\_ # de récord \_\_\_\_\_