

## 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? \_\_\_\_\_

Razón 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)

Condición	Si	No
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?  Si  No

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

Convulsiones?  Si  No

Problemas con audición?  Si  No

Problemas dentales?  Si  No

Esta su hijo al día con todas sus vacunas?  Si  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](http://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/Genecov Plastic Surgery Group 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/ Genecov Plastic Surgery Group 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/Genecov Plastic Surgery Group (Dr. David Genecov, Dr. Carlos Raul Barcelo, Dr. Huay-Zong Law 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/ Genecov Plastic Surgery Group 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.*