



## Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery

A member of the Seton Healthcare Family

Hand • Breast • Advanced Facial Surgery • Wound Care • Plastic Surgery

Estimado Nuevo Paciente:

Aprovechamos esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestro Instituto.

En este paquete encontrará la documentación que El Instituto de Cirujía Plástica Reconstructiva de Seton (Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery o SIRPS, por sus siglas en inglés) ha preparado para nuevos pacientes, que usted deberá completar y traer consigo cuando venga a su primera cita. Incluimos también nuestra Política de Privacidad de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (HIPPA, por sus siglas en inglés) para que usted la lea. Puede usted conservarla para referencia futura. Le rogamos que llegue a su cita por lo menos 30 minutos antes. Eso nos permitirá tramitar toda su documentación y atenderle a la hora programada. Encontrará además instrucciones de cómo llegar en auto a nuestra clínica en Austin, y de cómo llegar desde el estacionamiento del Centro de Educación Clínica (CEC, por sus siglas en inglés) y del University Medical Center Brackenridge (Centro Médico Universitario Brackenridge o UMCB).

Para beneficio de nuestros pacientes, tenemos contrato de proveedor con varias compañías de seguros. Por las condiciones del contrato con las aseguradoras estamos obligados legalmente a cobrarle cualquier copago o deducible al momento de la prestación del servicio. Antes de que usted venga a su cita, nuestra oficina verificará que su seguro cubra los beneficios necesarios. Durante el recodatorio telefónico para su cita, le informaremos acerca de los copagos o coseguros que deberá pagar en cada visita. Le solicitamos que venga preparado a hacer estos pagos en el momento de registrarse. Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheques, MasterCard y Visa.

Esperamos verlo pronto en la clínica, y haremos todo lo que esté a nuestro alcance para que su visita sea agradable y provechosa. Si tiene cualquier pregunta acerca de nuestra clínica o de su visita en particular, no dude en comunicarse con nosotros llamando al (1-877-977-3866). Para más información sobre nuestra práctica y nuestros médicos, por favor visite nuestra página web [www.SetonPlasticSurgery.com](http://www.SetonPlasticSurgery.com). Muchas gracias por darnos la oportunidad de servirle a usted y a su familia.

James Cullington, MD • Nabil Habash, MD • Raymond Harshbarger, MD • Steven Henry, MD  
Patrick Kelley, MD • Sanjay Sharma, MD • Adam B. Weinfeld, MD



# Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery

A member of the Seton Healthcare Family

Hand • Breast • Advanced Facial Surgery • Wound Care • Plastic Surgery

## **POLÍTICA FINANCIERA Y DE CANCELACIÓN PARA CIRUGÍA COSMÉTICA**

Es para nosotros un honor y un privilegio que nos haya elegido para sus necesidades cosméticas. Normalmente, los seguros no cubren el costo de la cirugía cosmética. Luego de su consulta en nuestras oficinas le entregaremos un presupuesto detallado para la cirugía propuesta. Si decide proceder con la cirugía, deberá cancelar un honorario de \$250 en concepto de programación de cirugía. Este honorario se aplicará al costo total de la cirugía.

### **Pago del Saldo**

---

Deberá cancelar el costo total de la cirugía cosmética dos semanas (14 días) antes de la fecha en que se realizará. Aceptamos todas formas de pago, incluyendo efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito. De no recibir el pago dos semanas antes de su cirugía, se cancelará la cirugía y no se le reintegrarán los \$250 en honorarios.

### **Política de Cancelación y Reintegro**

---

Sabemos que pueden surgir situaciones que le obliguen a reprogramar, posponer o cancelar su cirugía o procedimiento. Si usted decide o necesita cancelar su cirugía, debe hacerlo dos semanas (14 días) antes de la fecha de la misma para recibir un reembolso.

Si cancela la cirugía entre 7 y 13 días antes de la fecha, perderá el 20% de los honorarios del cirujano al igual que el honorario de \$250 por programación de cirugía.

Si cancela 6 días o menos antes de la fecha de la cirugía, perderá el 90% de los honorarios del cirujano además del honorario de \$250 por programación de cirugía.

De haber un motivo médico para cancelar la cirugía dentro del período de las dos semanas previas (por ejemplo, por embarazo, lesiones, o enfermedad) se le hará un reembolso total, excepto el honorario de \$250 por programación de cirugía que se utiliza para compensar el tiempo perdido de la sala de operaciones.

---

**Al firmar este formulario reconozco y acepto haberlo leído y entendido y me hago responsable de todos los gastos incurridos con motivo de mi cirugía cosmética.**

---

**Firma del Paciente**

**Fecha**

---

**Nombre del Paciente en Letra de Molde**

James Cullington, MD • Nabil Habash, MD • Raymond Harshbarger, MD • Steven Henry, MD  
Patrick Kelley, MD • Sanjay Sharma, MD • Adam B. Weinfeld, MD



# Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery

A member of the Seton Healthcare Family

Hand • Breast • Advanced Facial Surgery • Wound Care • Plastic Surgery

## INSTRUCCIONES PARA LLEGAR EN AUTO Y ESTACIONAR EN NUESTRA SEDE DE AUSTIN

El Seton Institute of Reconstructive Surgery está ubicado en 1400 N. IH 35, Suite 320. La clínica está en el Clinical Education Center (CEC), que forma parte del University Medical Center Brackenridge (UMCB). Si tiene dificultad para encontrar la clínica, no dude en llamar a nuestras oficinas al (512) 324-8320 y con gusto le daremos instrucciones para llegar.

### **Desde el Norte de Austin:**

Diríjase hacia el sur en la I-35. Tome la salida 235A hacia la 15th St. y tome la East Avenue/Carril Auxiliar de la I-15. Al llegar a la 15th Street podrá ver el Hospital Brackenridge a su derecha. Cruce en el semáforo de la 15th Street y tome el primer cruce a la derecha hacia la entrada de vehículos del CEC. En ese momento verá el ingreso al estacionamiento del CEC a su izquierda.

### **Desde el Sur de Austin:**

Diríjase hacia el norte en la I-35. Tome la salida 235A hacia la University of Texas/15th St./Martin Luther King Blvd./State Capitol. Tome el carril auxiliar de la I-35. Tome la vuelta en U que encontrará justo antes del semáforo de la 15th Street para dirigirse hacia el sur en el carril auxiliar de la IH 35. Cuando tome el carril auxiliar de la IH 35 deberá tomar el carril que está más a la derecha. Luego de dar la vuelta en U cruce a la derecha ingresando a la entrada de vehículos del CEC. En ese momento verá la entrada al estacionamiento del CEC a su izquierda.

### **Entrando por el Clinical Education Center:**

Una vez que está en el lobby del Clinical Education Center (CEC), tome el ascensor hacia el tercer piso. El Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery está en la Suite 320, por el pasillo hacia la izquierda.

### **Ingresando desde el University Medical Center Brackenridge:**

Desde el lobby del UMC Brackenridge en el 2º piso, pase frente a los ascensores y siga por el pasillo hacia la derecha. Verá que el pasillo se desvía, pero siga caminando manteniéndose a su derecha cuando sea necesario. Eventualmente cruzará una pasarela e ingresará al CEC. Manténgase siempre su derecha (pasará frente a algunas aulas y oficinas). Al final del pasillo cruce a la derecha en donde encontrará los ascensores del CEC. Tome un ascensor hacia el 3er piso. El Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery está en la Suite 320, por el pasillo hacia la izquierda.

James Cullington, MD • Nabil Habash, MD • Raymond Harshbarger, MD • Steven Henry, MD  
Patrick Kelley, MD • Sanjay Sharma, MD • Adam B. Weinfeld, MD



# Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery

A member of the Seton Family of Hospitals

1400 N. IH-35, Suite 320 Austin, Texas 78701

Telefonee: (512) 324-8320 • Teléfono Exento de peaje: (877) 977-3866 • Fax: (512) 324-8323

## Demos:

¿Cómo fue mandado usted a nuestra práctica? Amigo\_\_\_ Doctor\_\_\_ Hospital\_\_\_ Clínica\_\_\_ Ins\_\_\_ Anuncio\_\_\_ Guía Telefónica \_\_\_ Otro \_\_\_

¿Ha sido visto usted en el ER? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Si Sí, Donde \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PACIENTE

Nombre Paciente (Último, Primero, MI) \_\_\_\_\_ Sexo (círculo) Macho Femenino

Dirección \_\_\_\_\_ Apropiado# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

A casa telefonée \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ *Por favor rodee el número/correo electrónico en el cual usted prefiere ser puesto en contacto.*

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad social # \_\_\_\_\_ Choferes licencian # \_\_\_\_\_

Nombre Patronal/escolar \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apropiado# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE SEGUROS

**Compañía de Seguros Primaria** \_\_\_\_\_ Política# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Dirección de Insurance Co \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de Insurance Co \_\_\_\_\_ **Médico de Cuidado Primario** \_\_\_\_\_ Telefonear \_\_\_\_\_

El Tenedor de Política Llama (Último, Primero, MI) \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Tenedor de Política Se dirige \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Fecha de Tenedor de Política de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad Social de Tenedor de Política # \_\_\_\_\_

Patrón de Tenedor de Política \_\_\_\_\_

Patrón Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguros Secundaria** \_\_\_\_\_ Política# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

Dirección de Insurance Co \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de Insurance Co \_\_\_\_\_ Médico de Cuidado Primario \_\_\_\_\_ Telefonear \_\_\_\_\_

El Tenedor de Política Llama (Último, Primero, MI) \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Tenedor de Política Se dirige \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Fecha de Tenedor de Política de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguridad Social de Tenedor de Política # \_\_\_\_\_

Patrón de Tenedor de Política \_\_\_\_\_ Patrón Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**LA LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN** con quien puede compartimos su información médica: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de Persona para ponerse en Contacto en una Emergencia \_\_\_\_\_ Relación a paciente \_\_\_\_\_

Telefonear \_\_\_\_\_ Teléfono Alterno \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

**Consentimiento para tratamiento:** autorizo a los médicos en la Instituto de Seton de Cirugía Plástica Reconstructiva para proveerme de la asistencia médica razonable y apropiada según estándares de hoy.

**Responsabilidad Financiera, Autorización de Liberar Información, Asignación de Beneficios:** autorizo la Instituto de Seton de Cirugía Plástica Reconstructiva para liberar la información en relación a mi tratamiento a mi compañía de seguros o compañías, mi patrón o cualquier tercero pagador en tal tiempo como la información es solicitada. Autorizo la asignación de beneficios a la Instituto de Seton de Cirugía Plástica Reconstructiva.

**Entiendo y estoy de acuerdo que soy económicamente responsable de alguno y todos los gastos incurridos.**

¿Podemos ponernos en contacto con usted en su dirección de correo electrónico? Si \_\_\_ No \_\_\_

Paciente o Firma de Guarda \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery

A member of the Seton Family of Hospitals

1400 N. IH-35, Suite 320 Austin, Texas 78701

Telefonee: (512) 324-8320 • Teléfono Exento de peaje: (877) 977-3866 • Fax: (512) 324-8323

## **Autorización de Liberar Fotografías Médicas:**

\_\_\_\_\_, , por este medio autorizo al médico y/o sus socios, tomar fotografías previgentes, intravigentes, y postvigentes, asigne para mi cirugía. Adelante autorizo el médico y sus socios para usar las fotografías para objetivos médicos profesionales juzgados apropiado, incluso, pero no limitado con documentación de carta, probando y credentialing, objetivos educativos para otro médicos y pacientes, y para presentaciones médicas, enseñanza, y/o artículos de diario. También permitiré mi fotografías para ser usadas para otros objetivos de mercadotecnia de práctica como folletos, boletines de noticias, y/o el médico sitios Web. El médico o sus socios me notificarán si mis fotos serán utilizadas en cualquiera de las susodichas maneras, y consiento en tener el derecho de rechazar su uso. Entiendo que no tendré derecho a ningún pago u otro forma de compensación a consecuencia de cualquier uso de las fotografías.

Paciente o Firma Guardain: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso \_\_\_\_\_

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



# Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery

A member of the Seton Family of Hospitals

1400 N. IH-35, Suite 320 Austin, Texas 78701

Telefonee: (512) 324-8320 • Teléfono Exento de peaje: (877) 977-3866 • Fax: (512) 324-8323

## **Informe de Detalles de Accidente:**

Nombre de Individuo Herido:

---

Fecha de Accidente:

---

Hizo este Accidente Ocurrir en Trabajo:       SÍ       NO

---

Posición de Accidente:

---

Parte de Cuerpo Herida:

---

Breve Descripción de Accidente:

---

---

---

Paciente o Firma de Guarda:

---

Nombre Impreso

---

Fecha:

---



# Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery

A member of the Seton Healthcare Family

## Formulario de información para pacientes nuevos - atención cosmética

¿Qué características de su cara o partes de su cuerpo desea mejorar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestro consultorio? \_\_\_\_\_

Si experimenta dolor asociado con la razón de su visita el día de hoy, por favor encierre en un círculo la descripción del dolor que sea más apropiada:

agudo pulsante apagado vago quemante punzante intenso

Circule el número que corresponda a la intensidad de su dolor o síntomas (1 es nada de dolor y 10 es el peor dolor imaginable)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque todo lo que aplique: Su dolor está:

mejorando mejorando gradualmente mejorando rápidamente empeorando empeorando gradualmente empeorando rápidamente

¿Qué mejora sus síntomas? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora sus síntomas? \_\_\_\_\_

Por favor liste a los especialistas que consulta: \_\_\_\_\_

Liste cualquier cirugía/liposucción a la que se haya sometido:  Ninguna

Fecha	Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fecha	Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Ha tenido problemas con la anestesia?    Sí    No    Si Sí, explique \_\_\_\_\_

### Antecedentes familiares (padres, hermanos, hijos)

Trastorno de sangrado	Sí	No	Problemas con anestesia	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Asma	Sí	No
Presión arterial alta	Sí	No	Cáncer de seno	Sí	No
Enfermedades cardíacas	Sí	No	Otro tipo de cáncer	Sí	No
Artritis	Sí	No	Accidente cerebrovascular	Sí	No

### Antecedentes personales:

Estado civil:   Soltero    Casado    Divorciado    Viudo

¿Fuma o usa algún producto del tabaco?   Sí   No   ¿Cuánto al día? \_\_\_\_\_

¿Consume alcohol?   Sí   No   ¿Cuánto a la semana? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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



**Formulario de información para pacientes nuevos - atención cosmética (continuación)**

**Medicinas / anticoagulantes actuales:** Liste todas las medicinas de venta con y sin receta que esté tomando:  Ninguna

Medicina	Dosis	Medicina	Dosis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Alergias a las medicinas:** Sí No Si Sí, ¿a qué? \_\_\_\_\_

**Otras alergias:** Sí No Si Sí, ¿a qué? \_\_\_\_\_

**Pruebas de laboratorio:** ¿Le han hecho pruebas de laboratorio relacionadas con este problema? \_\_\_\_\_

**Estudios:** ¿Le han hecho estudios radiográficos relacionados con este problema? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna necesidad especial para esta visita? Sí No Si Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

**(Sólo pacientes que se van a someter a procedimientos en la cara):**

Díganos lo que le gustaría modificar en su cara \_\_\_\_\_

¿Padece el síndrome del ojo seco? Sí No

¿Tiene alguna parálisis o adormecimiento facial? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas para respirar por la nariz? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de fracturas faciales o nasales? \_\_\_\_\_

¿Le han administrado inyecciones faciales cosméticas? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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



**Seton Institute of Reconstructive Plastic Surgery**

A member of the Seton Healthcare Family

**(Sólo pacientes que se van a someter a procedimientos en el seno):**

Talla actual de sostén\_\_\_\_ Talla desada de sostén \_\_\_\_\_

¿Está considerando someterse a odontología cosmética o se ha sometido a ella? \_\_\_\_\_

Talla deseada de sostén \_\_\_\_\_

Díganos qué le gustaría modificar en sus senos \_\_\_\_\_

¿Existe alguna probabilidad de que esté embarazada? Sí No

¿Ha estado embarazada alguna vez? Sí No Si Sí, ¿cuántas veces?\_\_\_\_\_ ¿cuántos hijos ha tenido? \_\_\_\_\_

¿Lactó a sus bebés? Sí No

Fecha del último mamograma \_\_\_\_\_ Normal Anormal Especifique la anormalidad \_\_\_\_\_

¿Le hicieron una biopsia del seno? Sí No Si Sí, especifique la fecha \_\_\_\_\_Derecho Izquierdo Ambos

¿Ha recibido tratamiento para cáncer del seno? Sí No Si Sí, indique la fecha y el tipo de tratamiento \_

Nombre y número de teléfono del cirujano del seno \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del oncólogo \_\_\_\_\_

**(Sólo pacientes que se van a someter a procedimientos abdominales):** Talla de vestido \_\_\_\_ Talla de pantalones \_\_\_\_

Peso actual \_\_\_\_ Peso deseado \_\_\_\_

Díganos lo que le gustaría modificar en su abdomen \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a alguna cirugía abdominal? \_\_\_\_\_

**(Sólo pacientes que se van a someter a procedimientos de remodelado de las extremidades o del cuerpo):**

Encierre en un círculo las áreas que desea remodelar.

Espalda

Brazos

Caderas

Muslos

Pantorrillas

Rodillas

Nombre: \_\_\_\_\_

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



***Formulario de información para pacientes nuevos - atención cosmética (continuación)***

---

**Revisión de sistemas:**

**¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?** Encierre en un círculo y marque los recuadros que aparecen abajo

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>COMENTARIOS</b>
<b>General</b> (aumento de peso, pérdida de peso, cansancio, insomnio, fiebre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Vista</b> (anteojos, lentes de contacto, cataratas, glaucoma, ojos reseca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Oído / Nariz / Garganta</b> (problemas en los senos paranasales, pérdida de la audición, zumbido en los oídos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Corazón</b> (latidos cardiacos irregulares, murmullo, presión arterial alta, enfermedad cardiaca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Pulmonar</b> (falta de aliento, enfermedad pulmonar, tos persistente, apnea del sueño)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Estomacal e intestinal</b> (disminución del apetito, estreñimiento, acidez estomacal, náuseas, vómitos, diarrea, hepatitis A, B, C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Musculoesquelético</b> (artritis, fracturas, esguinces, problemas con la columna vertebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Órganos genitales y sistema urinario</b> (piedras en los riñones, infecciones en la vejiga o riñones, enfermedad renal, problemas en la próstata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Piel</b> (inflamación, ampollas, dermatitis, eccema, acné, queloides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Neurológico</b> (problemas para tragar, convulsiones, sensación de hormigueo, adormecimiento, dolores de cabeza intensos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>Salud mental</b> (ansiedad, depresión, bulimia, anorexia, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			

Nombre: \_\_\_\_\_

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

---



**Seton Institute of  
Reconstructive Plastic Surgery**

A member of the Seton Healthcare Family

**Endócrino** (aumento de la sed, diabetes, enfermedad de la tiroides)

---

**Hematológico** (problemas de sangrado o formación de coágulos, anemia)

---

**Inmunitario** (ganglios linfáticos inflamados o dilatados, cáncer)

---

Por favor liste cualquier otro problema médico que le estén tratando \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Firma del médico: \_\_\_\_\_

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