



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. 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

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** _____ Telefonar _____

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 _____ Telefonar _____

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 _____

Telefonar _____ 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 Ocurre en Trabajo: SÍ NO

Posición de Accidente:

Parte de Cuerpo Herida:

Breve Descripción de Accidente:

Paciente o Firma de Guarda:

Nombre Impreso

Fecha:



Formulario de información para pacientes nuevos - la mano

Médico de atención primaria y dirección: _____

Teléfono del médico de atención primaria: _____ Fax: _____

¿Es usted diestro o zurdo?

¿Está el problema relacionado con el trabajo? SÍ NO Si SÍ, indique su N.º TWCC: _____

Empleador/Ocupación: _____

Si está incapacitado, ¿cuándo fue la última vez que trabajó? _____

¿Tiene a algún abogado involucrado en este problema? SÍ NO Si SÍ, ¿quién es? _____

Razón de la visita: _____

¿Dónde se localiza el problema? Derecha, Izquierda, o Ambas (sea específico): _____

Fecha de la lesión: _____

¿Cuándo y cómo comenzó este problema? _____

Circule los síntomas que describan su problema:

rigidez dolor inestabilidad adormecimiento inflamación

Si experimenta dolor, encierre en un círculo la descripción que sea más apropiada:

agudo pulsante apagado vago quemante punzante intenso

Circule el número correspondiente 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? _____

Liste cualquier cirugía a la que se haya sometido: Ninguna

Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tiene problemas con la anestesia? SÍ No Si SÍ, explique _____

Nombre: _____

Fecha: _____



Formulario de información para pacientes nuevos - la mano (continuación)

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 sociales:

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Fuma o usa algún producto del tabaco? Sí No ¿Cuánto/ al día? _____

¿Consumo alcohol? Sí No ¿Cuánto a la semana? _____

Medicinas 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 respondió Sí, ¿a qué? _____

Otras alergias: Sí No Si respondió 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: _____

¿Le interesa aprender sobre cirugía cosmética? Sí No Si sí, por favor explique: _____

Nombre: _____

Fecha: _____



Formulario de información para pacientes nuevos - la mano (continuación)

Revisión de sistemas:

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

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

Nombre: _____

Fecha: _____



**Seton Institute of
Reconstructive Plastic Surgery**

A member of the Seton Healthcare Family

Por favor liste cualquier otro problema médico que le estén tratando _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma del médico: _____

Fecha: _____