Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

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 (Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas, 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).

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.

Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

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

Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR EN AUTO Y ESTACIONAR

EN NUESTRA SEDE DE AUSTIN

El Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas 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. 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, tome el ascensor hacia el tercer piso. El Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas 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 Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas está en la Suite 320, por el pasillo hacia la izquierda.

Institute of Reconstructive
Plastic Surgery of Central Texas
A member of the Seton Family of Doctors

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS MÉDICAS

Yo, _____[Nombre del paciente], por este medio reconozco que el Instituto de Cirugía Plástica Reconstructiva del área Central de Texas (Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas) y Seton Healthcare (Conduciendo negocios como: Seton Family of Hospitals), en conjunción con sus empleados, agentes y/u otros oficiales (en adelante "Partes Autorizadas"), tomarán fotografías preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias o del tratamiento (en adelante las "Fotografías") de la siguiente cirugía o tratamiento [propósito, hospital/ubicación]

_____

Yo entiendo que las Fotografías podrían ser guardadas en archivos electrónicos y/o en papel y utilizadas para mi cuidado clínico, relacionado con la cirugía descrita anteriormente por las Partes Autorizadas.

Por medio de la presente _____ autorizo _____ no autorizo a las Partes Autorizadas para que utilicen las Fotografías, para propósitos médicos profesionales incluyendo pero no limitado a exámenes académicos y de acreditación, propósitos educativos para otros médicos y pacientes, para presentaciones médicas, docencia y/o artículos de revistas medicas.

Por medio de la presente _____ autorizo _____ no autorizo a las Partes Autorizadas el uso de las Fotografías adjuntas a este consentimiento para fines de publicidad, incluyendo publicaciones en panfletos, boletines de noticias, sitios web ya sea por uno o más de los involucrados como Partes Autorizadas.

Por medio de la presente _____ autorizo _____ no autorizo el uso de cualquiera de mis registros médicos, incluyendo ilustraciones, fotografías o cualquier otro registro de imagen creado de mi caso, para uso en exámenes, pruebas académicas, fines de acreditación y/o certificación del Consejo Americano de Cirugía Plástica Inc. (American Board of Plastic Surgery Inc). Nota: El Consejo requiere que todas las características que puedan identificarle, con excepción de una fotografía de rostro completo o fotografías de características identificables únicas, sean bloqueadas al momento de presentar los materiales para el examen oral del Consejo Americano de Cirugía Plástica, para así proteger la privacidad del paciente.

Comprendo que no me he hecho acreedor a ningún tipo de pago o ningún otro tipo de compensación como resultado del uso de cualquiera de las Fotografías, mismas que serán propiedad de las Partes Autorizadas. Comprendo que mi cuidado clínico no se verá afectado por mi decisión de autorizar o no autorizar el uso de las Fotografías antes mencionadas. Por la presente libero y mantengo indemne a las Partes Autorizadas de y por cualquiera y todas las reclamaciones, demandas, daños o acciones legales en relación con los usos de las Fotografías que por este medio he autorizado.

Firma del paciente: _____
[Paciente debe tener 18 años o ser mayor]

Nombre con letra de molde:_____

Fecha: _____

Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

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: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

Demos:

¿Cómo supo de nuestros servicios? (Marque los que correspondan)
Amigo _____ Doctor _____ Hospital_____ Clínica____ Seguro_____ Anuncio_____ Internet_____ Guía Telefónica_____ Otro _____
¿Lo han revisado en la sala de urgencia? SI _____ Dónde_____ NO_____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial) _____ Sexo (circule) F M
Dirección _____ Apto. _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____
Teléfonos: Casa _____ Trabajo _____Celular _____
Correo electrónico _____ ***Por favor marque el número/correo electrónico en el que usted prefiera que se le contacte.*** *Nuestro personal puede ponerse en contacto por cualquier medio proporcionado (por ejemplo correo electrónico, correo, mensaje de texto, teléfono)*
Fecha de nacimiento ____/____/_____ N° de seguro social _____-_____-_____ N° de Licencia para conducir _____
Nombre del empleador/escuela _____Ocupación _____
Dirección _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____

Esta sección es opcional. Idioma que habla principalmente: _____ Por favor indique la raza del paciente: Blanca ____ Indio Americano/Nativo de Alaska ____ Asiático ____ Nativo de Hawaii/otras Islas del Pacífico ____ Negro o Afroamericano____ Hispano ____ Otra raza ____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Compañía de seguro principal _____ N° de Póliza _____ N° de Grupo_____
Dirección _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____
Teléfono _____ **Médico de cabecera** _____ Teléfono _____
Titular de la póliza (apellido, nombre, inicial) _____ Parentesco con el paciente_____
Dirección del titular de la póliza _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____
Fecha de Nacimiento del titular de la póliza _____/_____/_____ N° de Seguro Social del titular de la póliza _____-_____-_____
Empleador del titular de la póliza _____
Dirección _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____

Compañía de seguro secundario _____ N° de Póliza _____N° de Grupo _____
Dirección _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____
Teléfono _____
Titular de la póliza (apellido, nombre, inicial) _____ Parentesco con el paciente_____
Dirección del titular de la póliza _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____/_____/_____ N° de Seguro Social del titular de la póliza _____-_____-_____
Empleador del titular de la póliza _____
Dirección _____ Cd. _____ Edo. _____ CP. _____

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

¿Con quién podemos compartir su información médica?_____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, contactar a (nombre) _____ Parentesco _____
Teléfono_____ N° alternativo _____

AUTORIZACIÓN

Consentimiento para tratamiento: autorizo a los médicos en el Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas para que me den el cuidado médico apropiado y razonable de acuerdo a los criterios actuales.
Responsabilidad económica, Permiso para divulgar información, Traspaso de beneficios: autorizo al Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas a divulgar la información correspondiente a mi tratamiento, a mi compañía/s de seguro, mi empleador o a un tercero al momento que la información sea solicitada. Autorizo el traspaso de beneficios al Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas. **Entiendo y acepto que soy responsable económicamente de cualquier y todo gasto incurrido.**

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha _____

Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

Formulario de información para pacientes nuevos - cirugía plástica

Razón de la visita: _____

¿Dónde se localiza el problema? Derecho, Izquierdo, o Ambos (sea específico):_____

¿Cuándo y cómo comenzó este problema? _____

Fecha de la lesión/afección:_____

Circule los síntomas que describan su(s) 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 en un círculo 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 a la que se haya sometido: ☐ Ninguna

Fecha	**Cirugía**	**Fecha**	**Cirugía**

¿Ha tenido algún problema 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 cardiacas	Sí	No	Otro tipo de cáncer	Sí	No
Artritis	Sí	No	Accidente cerebrovascular	Sí	No

Nombre: _____
Fecha:_____

Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

Formulario de información para pacientes nuevos - cirugía plástica (continuación)

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? _____

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

Medicina	**Dosis**	**Medicina**	**Dosis**

Alergias a las medicinas: S*í* No Si SÍ, ¿a qué medicina? _____

Otras alergias: S*í* 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: _____

¿Le interesa aprender sobre cirugía cosmética? Sí No Si SÍ, explique _____

Nombre: _____
Fecha: _____

Institute of Reconstructive Plastic Surgery of Central Texas

A member of the Seton Family of Doctors

Formulario de información para pacientes nuevos - cirugía plástica (continuación)

Revisión de sistemas: **¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?** Circule y marque los recuadros que aparecen abajo

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

Nombre: _____
Fecha:_____

Institute of Reconstructive
Plastic Surgery of Central Texas
A member of the Seton Family of Doctors

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado una copia del aviso de privacidad.

Firma del paciente o tutor: _____

Fecha: _____