



Midland Plastic Surgery Center PA  
701 N Tradewinds Blvd, Suite B  
Midland, TX 79706  
Oficina: 432-618-6772  
Fax: 432-618-6775

## Información de Paciente

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

Sexo:  Femenino  Masculino

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

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

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

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(necesario para facturación de seguros o compensación laboral)

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Si está casado/a, Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco o relación: \_\_\_\_\_

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

### Información del seguro primario

Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

### Información del seguro secundario

Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

### Información del médico

Médico remitente: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Medico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Fue atendido en la sala de emergencias?  Sí  No Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

# Registro del Paciente de Divulgaciones

En general, la regla de privacidad HIPPA otorga a los individuos el derecho a solicitar una restricción en el uso y divulgación de información de salud protegida (PHI). El individuo también proporciona el derecho a solicitar que las comunicaciones confidenciales de PHI se realicen por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su hogar.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (Marque todo lo que corresponda):

Teléfono de casa: (        ) \_\_\_\_\_

Está bien dejar mensaje con información detallada

Dejar mensaje solo con número para devolución de llamada

Teléfono celular: (        ) \_\_\_\_\_

Está bien dejar mensaje con información detallada

Dejar mensaje solo con número para devolución de llamada

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

Está bien dejar mensaje con información detallada

Dejar mensaje solo con número para devolución de llamada

Otro: \_\_\_\_\_

Comunicación escrita:

Está bien enviar correo a mi dirección

Está bien enviar fax a mi trabajo/oficina

Por favor enviar toda la correspondencia a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puede compartir mi información a las siguientes personas (familiares y amigos solamente— no necesita poner a otros Proveedores de Salud en este formulario):

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso / Fecha



Midland Plastic Surgery Center PA  
701 N Tradewinds Blvd, Suite B  
Midland, TX 79706  
Oficina: 432-618-6772  
Fax: 432-618-6775

## Política Financiera

### Responsabilidad Financiera del Paciente:

Nos complace mucho que haya confiado su cuidado al Dr. Cook y al personal del Midland Plastic Surgery Center (también conocido como MPSC). Esperamos con interés ayudarle a alcanzar sus metas de salud. Nuestra práctica cree que una buena relación de médico/paciente se basa en el entendimiento y la comunicación abierta. Con este fin, las políticas escritas a continuación proporcionan como objetivo una descripción de nuestras expectativas mutuas con respecto a las directrices financieras de MPSC. Esperamos que esta información le sea útil.

### Visión General de Nuestras Respectives Responsabilidades Financieras:

- **Responsabilidad de MPSC:** Registrar los cargos y los pagos con precisión. Comprobar reclamaciones y declaraciones a la parte responsable basándonos en la mejor información disponible para nosotros. Esto incluye la facturación directa al seguro y la facturación al paciente de los saldos restantes. Proporcionar asesoramiento financiero preciso a los pacientes que contactan nuestro departamento de facturación.
- **Responsabilidad del Paciente:** Asegurarse de que MPSC tenga la información de seguro más actual. Proporcionar el pago oportuno a MPSC de todos los saldos que sean responsabilidad del paciente (ya sea copago en el momento del servicio o saldos adeudados después de los pagos del seguro, es decir, deducibles y coaseguro). Los retrasos en la comunicación de los cambios en su cobertura de seguro pueden resultar en que el saldo sea incobrable por parte de la compañía de seguros y la responsabilidad total del pago recaiga en el paciente.

### Pago:

El saldo total del paciente es requerido para ser pagado al momento en que se proporcionan los servicios. Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheques, Visa, Mastercard, Discover y American Express.

Nuestra oficina participa con una variedad de planes de seguro. Es su responsabilidad:

- Traer su tarjeta de seguro en cada visita. Si no tiene su tarjeta de seguro, se le puede pedir que pague en el momento del servicio y firme una renuncia de responsabilidad;
- Estar preparado para pagar su copago y/o coaseguro en cada visita;
- Para la atención médica no cubierta, considerada médicamente innecesaria o considerada cosmética por su compañía de seguros, el pago total es debido en el momento de la visita. Si no puede hacerlo, por favor contacte nuestro Departamento de Facturación al 432-618-6772 ext. 110.

### Seguro:

Usted es responsable de cualquier saldo que su seguro no cubra. Presentaremos su reclamo de seguro y permitiremos cuarenta y cinco (45) días para realizar el pago. Después de cuarenta y cinco (45) días, si no hemos tenido una respuesta de su compañía de seguro, usted será responsable del saldo completo.

# Política Financiera

Nosotros realizamos reclamaciones de seguros secundarios para sus pagos a nuestra oficina. Si tiene un seguro que se considera "fuera de la red", les facturaremos como cortesía para usted, pero cualquier monto no pagado por su plan será su responsabilidad.

## Medicare y Medicaid:

**Medicare:** Tenga en cuenta que algunas visitas al consultorio y/o procedimientos no están cubiertos por Medicare anualmente. Por favor, consulte con su proveedor local de Medicare para obtener directrices específicas de beneficios. Aceptamos asignaciones de Medicare. Para servicios/procedimientos no cubiertos por Medicare, se le pedirá completar un formulario ABN.

- **Para Procedimientos Quirúrgicos:** Requeriremos un depósito de \$500.00 que deberá pagarse diez (10) días hábiles antes de la fecha de su cirugía.

**Medicaid:** Aceptamos asignaciones de Medicaid.

## Hijos de Padres Divorciados:

La responsabilidad del pago del tratamiento de los niños menores, cuyos padres están divorciados, recae en el paciente que busca el tratamiento. Cualquier responsabilidad ordenada por el tribunal debe determinarse entre los individuos involucrados, sin la inclusión del Centro de Cirugía Plástica Midland PA.

## Servicios Externos:

Tenga en cuenta que los pacientes pueden recibir facturas separadas por cualquier prueba de laboratorio, cultivos y biopsias, ya que pueden enviarse a fuentes externas para análisis. Cualquier consulta sobre sus cargos debe hacerse directamente a la oficina de negocios de esa instalación.

## Otros Cargos:

- **Tarifa de Registros Médicos:** Si desea registros médicos para su uso personal, hay un cargo de \$25.00 por las primeras veinte (20) páginas y \$0.50 por cada página adicional. Será necesario completar y firmar un Formulario de Liberación Médica. Por favor, permita quince (15) días para que los registros sean procesados.
- **Tarifa por Cheque Devuelto:** Si un cheque no se cobra la primera vez, nuestro banco procesará automáticamente el cheque por segunda vez. Los cheques que sean devueltos a nuestra oficina tendrán una tarifa de manejo de cheque devuelto de \$25.00. Se espera que los pacientes paguen el monto del cheque devuelto y la tarifa con efectivo o tarjeta de crédito tan pronto como se les informe de la situación.
- **Tarifa por No Presentarse a la Cita:** Si no recibimos un aviso de 24 horas para cancelar o reagendar una cita, se agregará un cargo de \$25.00 a su cuenta.
- **Tarifas Quirúrgicas:** El Centro de Cirugía Plástica Midland solo proporciona servicios quirúrgicos. Otros servicios son necesarios para completar su tratamiento quirúrgico, es decir, anestesia, radiología y patología, por nombrar algunos. Existe la posibilidad de que los proveedores "fuera de la red" puedan proporcionar todo o parte de los servicios cubiertos relacionados con su atención quirúrgica.

# Política Financiera

- **Procedimientos Cosméticos:** Durante el proceso de programación, nuestro Coordinador de Cirugía estimará el costo "de su bolsillo" de su procedimiento programado. Se recolectará un depósito de la mitad del costo estimado en el momento en que se programe su cirugía junto con una tarifa de cancelación de \$500.00\*. El saldo restante debe pagarse diez (10) días hábiles antes de su cirugía.
  - Si cancela dentro de los cinco a diez (5-10) días hábiles anteriores a la fecha de su cirugía, se reembolsará la mitad de su depósito. Si es menos de cinco (5) días hábiles, no habrá reembolso.
- **Procedimientos No Cosméticos:** Durante el proceso de programación, nuestro Coordinador de Cirugía estimará el costo "de su bolsillo" del procedimiento programado. Este costo estimado se recolectará cuando se programe la cirugía.

**Compleitud de Formularios:** Si tiene los siguientes formularios que necesitan ser completados, hay una tarifa de \$25.00 por formulario:

- FMLA;
- Incapacidad a Corto Plazo;
- Incapacidad a Largo Plazo; o
- Verificación de Examen de Bienestar

Por favor, tenga en cuenta que estos formularios se completarán dentro de los diez (10) días hábiles después de ser presentados. Si los desea de manera oportuna, tráigalos a su cita Pre-Operativa con nuestro Coordinador de Cirugía.

Gracias por tomarse el tiempo de revisar y comprender nuestras políticas financieras y la razón detrás de ellas. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los aspectos financieros de su relación con nosotros, no dude en contactar a nuestro Departamento de Facturación al 432-618-6772 ext. 110.

Números Importantes que Conocer:

Citas

Departamento de Facturación

Enfermería	432-618-6772 ext. 101
Gerente de Práctica	432-618-6772 ext. 110
Coordinador de Cirugía	432-618-6772 ext. 103
	432-618-6772 ext. 108
	432-618-6772 ext. 107



Midland Plastic Surgery Center PA  
701 N Tradewinds Blvd, Suite B  
Midland, TX 79706  
Oficina: 432-618-6772  
Fax: 432-618-6775

## Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A SU INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte a:

Oficial de Privacidad, Laura Jacobo  
Midland Plastic Surgery Center, PA  
701 Tradewinds Blvd, Suite B  
Midland, Texas 79706  
432-618-6772 ext. 108

### Nuestras Obligaciones

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información de salud acerca de usted
- Seguir los términos de nuestro aviso que está actualmente en vigencia

### PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Lo siguiente describe las maneras en que podemos utilizar y revelar información de salud que le identifica ("Información de Salud"). Excepto por los propósitos descritos abajo, usaremos y revelaremos Información de Salud únicamente con su permiso escrito. Puede revocar tal permiso en cualquier momento contactando al Oficial de Privacidad de nuestra práctica.

**Tratamiento:** Podemos utilizar y revelar Información de Salud para su tratamiento y para proveerle servicios de salud relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos revelar Información de Salud a doctores, enfermeras, técnicos, u otro personal, incluyendo gente fuera de nuestra oficina, quienes están involucrados en su cuidado médico y necesitan la información para proveerle cuidado médico.

**Pago:** Podemos utilizar y revelar Información de Salud para que nosotros u otros podamos facturar y recibir pago de usted, una compañía de seguros o un tercero, por el tratamiento y servicios que ha recibido. Por ejemplo, podemos dar a su plan de salud Información de Salud para que ellos paguen por su tratamiento.

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Fecha Efectiva: Enero de 2016**

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar Información de Salud para operaciones de atención médica con propósitos que incluyen acciones fuera de Midland Plastic Surgery, PA. Por ejemplo, podemos usar y divulgar Información de Salud para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban cuidado de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. También podemos compartir información con otras entidades que tengan una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación de atención médica. También podemos compartir su información para la formación de residentes médicos, estudiantes o para entrenamientos con fines de formación y propósitos educativos mientras participan en programas educativos, entrenamientos, pasantías y programas de residencia.

**Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento y Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud:** Podemos usar y divulgar Información de Salud para contactarlo y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar Información de Salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían ser de su interés.

**Familia y Amigos Involucrados en Su Cuidado o Pago de Su Atención:** Cuando sea apropiado, podemos compartir Información de Salud con una persona que esté involucrada en su atención médica o pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que asista en un esfuerzo de ayuda en caso de desastre.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar Información de Salud para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la salud de pacientes que recibieron un tratamiento con aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Antes de usar o divulgar Información de Salud para la investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin aprobación especial, podemos permitir a los investigadores mirar los registros para ayudarles a identificar pacientes que puedan ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no retiren o hagan una copia de ninguna Información de Salud.

## **SITUACIONES ESPECIALES:**

**Según lo Requerido por Ley:** Divulgaremos Información de Salud cuando sea requerido por leyes internacionales, federales, estatales o locales.

**Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad:** Podemos usar y divulgar Información de Salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, las divulgaciones solo se harán a alguien que pueda ser capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Asociados de Negocios:** Podemos divulgar Información de Salud a nuestros asociados de negocios que realicen funciones en nuestro nombre o nos proporcionen servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea como se especifica en nuestro contrato con ellos.

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Fecha Efectiva: Enero de 2016**

**Donación de Órganos y Tejidos:** Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar Información de Salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos o a otras entidades involucradas en la obtención, preservación o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.

**Militares y Veteranos:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar Información de Salud según lo requerido por las autoridades de mando militares. También podemos divulgar Información de Salud a la autoridad militar extranjera apropiada si usted es miembro de un ejército extranjero.

**Compensación para Trabajadores:** Podemos divulgar Información de Salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos para la Salud Pública:** Podemos divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; informar nacimientos y defunciones; reportar abuso o negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar utilizando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por ley.

**Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos divulgar Información de Salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención médica, programas gubernamentales y cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Propósitos de Notificación de Brecha de Datos:** Podemos usar o divulgar su Información de Salud Protegida para proporcionar notificaciones legalmente requeridas de acceso no autorizado o divulgación de su información de salud.

**Demandas y Disputas:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar Información de Salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar Información de Salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar Información de Salud si la solicita un oficial de la ley si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden de arresto, citatorio u proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un delito incluso si, bajo circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una emergencia para reportar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Fecha Efectiva: Enero de 2016**

**Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar Información de Salud a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar Información de Salud a directores de funerarias, según sea necesario para sus funciones.

**Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia:** Podemos divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de Protección para el Presidente y Otros:** Podemos divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

**Reclusos o Individuos bajo Custodia:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar Información de Salud a la institución correccional o al funcionario de la ley. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad y protección de la institución correccional.

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE NOS REQUIEREN DARLE LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y OPTAR**

**Individuos Involucrados en Su Atención o Pago por Su Atención:** A menos que usted objete, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su Información de Salud que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u objetar tal divulgación, podemos divulgar dicha información, según sea necesario, si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional.

**Ayuda en Casos de Desastre:** Podemos divulgar su Información de Salud a organizaciones de ayuda en casos de desastre que buscan su Información de Salud para coordinar su atención o notificar a familiares y amigos sobre su ubicación o condición en un desastre. Le proporcionaremos la oportunidad de aceptar u objetar tal divulgación siempre que prácticamente podamos hacerlo.

## **SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN ESCRITA PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información de Salud se realizarán únicamente con su autorización escrita:

1. Usos y divulgaciones de Información de Salud para propósitos de marketing; y
2. Divulgaciones que constituyan una venta de su Información de Salud

Otros usos y divulgaciones de Información de Salud no cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solo con su autorización escrita. Si nos da una autorización, usted puede revocarla en cualquier momento presentando una revocación escrita a nuestro Oficial de Privacidad y ya no divulgaremos Información de Salud bajo la autorización. Sin embargo, las divulgaciones que hayamos hecho basándonos en su autorización antes de que la revocara no se verán afectadas por la revocación.

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Fecha Efectiva: Enero de 2016**

## **SUS DERECHOS:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la Información de Salud que tenemos sobre usted:

**Derecho a Revisar y Copiar:** Usted tiene derecho a revisar y solicitar copias de su Información de Salud que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención o pago por su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, aparte de las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta Información de Salud, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Podemos cobrarle una tarifa razonable para copiar y/o enviar por correo la Información de Salud solicitada según lo permitido por ley. Si es posible, le proporcionaremos una copia electrónica dentro de los 15 días de su solicitud escrita y recepción de la tarifa correspondiente.

**Derecho a Recibir Notificación de una Violación:** Usted tiene derecho a ser notificado sobre una violación de cualquiera de su Información de Salud no asegurada, como lo exigen las leyes estatales y federales.

**Derecho a Enmendar:** Si considera que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

**Derecho a un Registro de Divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de la Información de Salud por motivos distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica o para los cuales usted proporcionó autorización escrita. Para solicitar un registro de divulgaciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad.

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la Información de Salud que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar limitar la Información de Salud que divulgamos a alguien involucrado en su atención o el pago de su atención, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que nos pida que restrinjamos el uso y la divulgación de su Información de Salud a un plan de salud para propósitos de pago y operaciones de atención médica y tal información que desee restringir se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted nos haya pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**Pagos de Su Bolsillo:** Si usted pagó de su bolsillo (o en otras palabras, ha solicitado que no facturemos a su plan de salud) en su totalidad por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su Información de Salud con respecto a ese artículo o servicio no sea divulgada a un plan de salud para propósitos de pago o operaciones de atención médica, y honraremos esa solicitud.

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Fecha Efectiva: Enero de 2016**

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Acomodaremos solicitudes razonables.

**Derecho a una Copia en Papel de este Aviso:** Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web [www.midlandplasticsurgery.com](http://www.midlandplasticsurgery.com). Para obtener una copia en papel de este aviso contacte al Oficial de Privacidad.

## **CAMBIOS A ESTE AVISO:**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la Información de Salud que ya tenemos así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestra oficina. El aviso contendrá la fecha efectiva en la primera página, en la esquina superior derecha.

## **QUEJAS:**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja en nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, contacte al Oficial de Privacidad. Todas las quejas deben hacerse por escrito. Su atención no se verá afectada de ninguna manera por presentar una queja.



Midland Plastic Surgery Center PA  
701 N Tradewinds Blvd, Suite B  
Midland, TX 79706  
Oficina: 432-618-6772  
Fax: 432-618-6775

## Reconocimiento del Paciente de las Políticas Financieras

Al firmar abajo, acepto que fui informado y he recibido una copia de la "Política Financiera" que estuvo vigente en Enero de 2016.

---

**Nombre del Paciente (por favor imprimir)**

---

**Fecha de Nacimiento**

---

**Firma del Paciente**

---

**Fecha**

## Reconocimiento del Paciente del Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar abajo, acepto que fui informado y he recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" que estuvo vigente en Enero de 2016.

---

**Nombre del Paciente (por favor imprimir)**

---

**Fecha de Nacimiento**

---

**Firma del Paciente**

---

**Fecha**

# Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica

Entiendo que como parte de mi atención médica, el Médico origina y mantiene registros médicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento, información financiera y demográfica, y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. El Médico también origina y mantiene registros de facturación. Entiendo y consiento que esta información sea utilizada o divulgada para los siguientes propósitos:

- Planificación de mi cuidado y tratamiento;
- Comunicación entre mi Médico y los profesionales de la salud que actúan bajo la dirección de mi Médico y participan en mi diagnóstico, evaluación o tratamiento;
- Recolección de honorarios por servicios médicos;
- Determinación de la responsabilidad de pago y obtención de reembolsos;
- Realización de operaciones de atención médica, incluyendo la evaluación de los servicios de atención médica, la adecuación y calidad del tratamiento de atención médica y las calificaciones de los profesionales de la salud.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Médico que proporciona información sobre cómo el Médico usa y divulga Información de Salud Protegida (PHI) sobre mí. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento, y
- El derecho a solicitar restricciones sobre cómo puede usarse o divulgarse mi información de salud para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica. El Médico no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero está obligado a cualquier restricción acordada.

Entiendo que, según lo provisto en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Médico, los términos del Aviso pueden cambiar. Si lo hacen, puedo obtener una copia revisada del Oficial de Privacidad llamando al 432-618-6772 ext. 108.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el Médico haya actuado ya en confianza en el mismo. También entiendo que al negarme a firmar o al revocar este consentimiento, el Médico puede negarse a tratarme. Deseo restringir el uso o la divulgación de mi información de salud de la siguiente manera:

---

---

Entiendo que mi información confidencial puede ser revelada a las siguientes personas:

---

---

# Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica

---

Nombre del Paciente (por favor imprimir)

---

Fecha de Nacimiento

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Nombre del Representante (si aplica)

---

Relación



Midland Plastic Surgery Center PA  
701 N Tradewinds Blvd, Suite B  
Midland, TX 79706  
Oficina: 432-618-6772  
Fax: 432-618-6775

## Formulario de Historial Médico

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

### Historial Médico Pasado del Paciente (por favor marque la casilla correspondiente)

### Detalles

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> No Hay Historial Médico Pasado Pertinente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Coagulación Anormal                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias                                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Arterial                      | _____ |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de Artritis                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma                                      | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Sangrado                     | _____ |
| <input type="checkbox"/> HPB (Hiperplasia Prostática Benigna)      | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama                            | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Paro Cardíaco                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho/Opresión                | _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema                                    | _____ |

# Formulario de Historial Médico

## Historial Médico Pasado del Paciente (por favor marque la casilla correspondiente)

## Detalles

- |                          |  |       |
|--------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE) | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Trastorno Gastrointestinal (GI)              | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad Cardíaca                          | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Soplo Cardíaco                               | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Alta                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Urticaria                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Cálculos Renales                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Menopausia                                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Migrañas/Dolores de Cabeza                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Otros  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Embolismo Pulmonar/Trombosis en las Piernas  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Convulsiones                                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer de Piel                               | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la Piel                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Accidente Cerebrovascular (Derrame Cerebral) | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Trastorno de la Tiroides                     | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                                 | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Úlceras                                      | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Infección del Tracto Urinario                | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Terapia de Rayos X                           | _____ |

# Formulario de Historial Médico

**Cirugías/Hospitalizaciones Pasadas del Paciente (si ninguna, por favor indique "ninguna")**

Cirugía/Hospitalización	Fecha	Complicaciones con la Anestesia (Sí/No)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

## Historia Familiar

## Miembro de la Familia Afectado

- No hay Historial Médico Pasado Pertinente \_\_\_\_\_
- Desconocido - Adoptado \_\_\_\_\_
- Coagulación Anormal \_\_\_\_\_
- Problemas con la Anestesia \_\_\_\_\_
- Alergias \_\_\_\_\_
- Anemia \_\_\_\_\_
- Fibrilación Arterial \_\_\_\_\_
- Condiciones de Artritis \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Trastorno Autoinmune \_\_\_\_\_
- Cáncer de Mama \_\_\_\_\_

# Formulario de Historial Médico

## Antecedentes Familiares

- Cáncer
- Depresión
- Diabetes
- Presión Arterial Alta
- Enfermedad Coronaria Prematura del Corazón
- Convulsiones
- Accidente Cerebrovascular (Derrame Cerebral)
- Trastorno de la Tiroides

## Miembro de la Familia Afectado

---

---

---

---

---

---

---

---

## Alergias

(si no hay ninguna, por favor indique "ninguna")

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

## Reacción

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Formulario de Historial Médico

## Medicamentos Actuales (si no toma ninguno, por favor indique "ninguno")

	Medicamento	Dosis	Prescrito Por
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____

## Historial Social del Paciente

### Alcohol

- Niega consumo de alcohol
- Admite consumo de alcohol socialmente
- Admite consumo de alcohol diario
- Admite antecedentes de alcoholismo

### Drogas Ilegales

- Niega el uso de drogas ilegales
- Admite el uso de drogas ilegales
- Admite antecedentes de abuso de drogas

## Estatus de Fumador

- Activo    ¿Cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_
- Recién Comenzado    Fecha: \_\_\_\_\_
- Terminado    Fecha: \_\_\_\_\_

# Formulario de Historial Médico

## Capacidad del Paciente para Curar (marque la casilla apropiada)

- ¿Su piel se quema fácilmente?
- ¿Forma cicatrices gruesas o elevadas de un corte o quemadura?
- ¿Se depila o usa depilatorios en su cara?
- ¿Padece de herpes labial?

## Para Pacientes Femeninas:

- ¿Tiene períodos regulares?
- ¿Está pasando por la menopausia?
- ¿Estás embarazada?
- Durante el embarazo, ¿alguna vez tuvo hiperpigmentación o enmascaramiento?

## Altura/Peso/IMC

Altura (pulgadas): \_\_\_\_\_

Peso (libras): \_\_\_\_\_

**Toda la información proporcionada arriba es precisa y completa al mejor de mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

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