



Fecha _____

GENERAL INFORMATION

Nombre: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Número de Seguro Social _____ Estado civil: Casado ____ Soltero ____ Divorciado ____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia (que no sea su cónyuge) _____ Relación con el paciente _____

Número de teléfono (____) _____

AUTORIZACIÓN GENERAL – TODOS LOS PACIENTES: POR FAVOR, LEAN Y FIRMEN

ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD: El abajo firmante, ya sea que firme en calidad de representante o de paciente, se compromete a pagar a East Tennessee Plastic Surgery todos los honorarios correspondientes a los servicios prestados. Esto incluye los servicios realizados en nuestra consulta, así como los honorarios de la práctica médica o del cirujano por los servicios prestados en una instalación externa. En caso de que la cuenta sea remitida a gestión de cobro, el abajo firmante deberá pagar todos los honorarios y gastos de cobro razonables. Todas las cuentas morosas devengarán intereses al tipo legal vigente. Se entiende que las facturas son pagaderas dentro de los 30 días siguientes a su recepción. He leído y comprendo la información precedente. Se entiende que el pago de todos los servicios de inyectables debe efectuarse el mismo día del procedimiento. Firma _____ Fecha _____

TODOS LOS PACIENTES (CON SEGURO Y DE ESTÉTICA) – POR FAVOR, LEAN Y FIRMEN

Se requiere un depósito NO REEMBOLSABLE de \$500 para programar la cirugía. El saldo restante de la cirugía debe abonarse cuatro semanas antes de la fecha de la intervención. Si cancela la cirugía una vez que el saldo haya sido pagado en su totalidad, se retendrán \$500 o el 25% del monto de los honorarios profesionales (la cantidad que sea mayor). Si necesita reprogramar la cirugía antes de la fecha de vencimiento del saldo, se requerirá un segundo depósito de \$500. Aceptamos efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito. También aceptamos Care Credit. Cualquier reembolso realizado a tarjetas de crédito estará sujeto a una comisión de gestión del 3.5%. East Tennessee Plastic Surgery NO tramitará reclamaciones ante las compañías de seguro médico, ni proporcionará información para que el paciente las gestione por su cuenta, en relación con ningún procedimiento o cirugía que haya sido abonado por el paciente bajo la categoría de cirugía estética. Recibirá políticas más detalladas junto con su presupuesto. He leído y comprendo la información anterior referente a los pagos a East Tennessee Plastic Surgery.

Firma _____ Fecha _____

TODOS LOS PACIENTES CON SEGURO – POR FAVOR, LEAN Y FIRMEN

CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Por la presente, garantizo(amos) el pago de todos los cargos incurridos por cuenta del paciente antes mencionado, desde la fecha del primer tratamiento hasta el alta o la finalización del mismo. Por la presente, cedo(emos) todos los beneficios del seguro para que sean pagados a East Tennessee Plastic Surgery, P.C. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible y coseguro. Autorizo la divulgación de mis expedientes médicos a la compañía de seguros para la determinación de los beneficios. Todos los gastos no cubiertos se considerarán estéticos y se aplicarán las políticas correspondientes. He leído y comprendo la información anterior. Firma _____ Fecha _____

PACIENTES DE MEDICARE Y MEDICARE HMO – POR FAVOR, LEA Y FIRME

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se efectúe a East Tennessee Plastic Surgery por cualquier servicio cubierto que me sea prestado por un proveedor de ETPS. Autorizo la divulgación de mis expedientes médicos a Medicare con el fin de determinar los beneficios correspondientes. Entiendo que soy responsable de mi deducible y del 20% de los cargos autorizados por Medicare (en caso de que no estén cubiertos por mi aseguradora secundaria o si no dispongo de seguro secundario). Todos los procedimientos no cubiertos se considerarán estéticos y se les aplicarán las políticas pertinentes. Asimismo, solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medigap se realice en mi nombre al proveedor mencionado anteriormente, y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para dicha determinación. Firma _____ Fecha _____

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

He tenido la oportunidad de revisar la política de privacidad y se me ha ofrecido una copia por escrito de dicha política.

Firma _____ Fecha _____

HISTORIAL MÉDICO

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono (____) _____

Última fecha de visita al médico de atención primaria: _____ Otros médicos que has visto en el último año: _____

Historial - Problemas pasados y actuales:

¿Algún cambio en su historial médico durante el último año? Sin problemas médicos No Sí (por favor, enumérelos a continuación)

Medicamentos actuales —con receta y sin receta, con sus dosis: _____

¿Toma aspirina? Sí _____ No _____ Motivo _____ Médico que la recetó: _____

¿Tomas un GLP-1? Sí _____ No _____ Si la respuesta es «sí», por favor indique el nombre _____

¿Toma usted: (marque todas las que correspondan) Ibuprofeno Cúrcuma Semillas de lino Aceite de pescado Vitamina E o Ninguno

Otros suplementos/vitaminas: _____

Alergias a medicamentos: Ninguna o lista con reacción _____

Alérgico al látex: Sí No y reacción de lista _____ **Alérgica a los adhesivos:** Sí No

Historial quirúrgico pasado: ¿Algún cambio en su historial quirúrgico durante el último año? No Sí (Por favor, enumere a continuación, indicando las fechas)

Historia social:

Uso actual de nicotina: No Sí / Paquetes por día _____ **Uso anterior :** _____ **Fecha de cese:** _____ **Vapeo:** Sí No

Historial de consumo de drogas: Sí/Tipo _____ No _____ **Consumo de alcohol:** Sí _____ Cantidad: _____ No _____

PONIÉNDONOS EN CONTACTO CON USTED

Puede haber ocasiones en las que nuestra oficina necesite contactarlo en relación con su cita, los resultados de pruebas diagnósticas, problemas de facturación, cualquier información referente a servicios especiales o promociones que se estén ofreciendo actualmente en la oficina, o cualquier otra situación relacionada con su visita a nuestras instalaciones. Por favor, lea y responda lo siguiente: **East Tennessee Plastic Surgery** tiene permiso para contactarme a través de las opciones marcadas a continuación: Hogar _____ Celular _____ Texto _____ En el Trabajo _____ Correo electrónico _____

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Cuenta con Directivas Anticipadas vigentes? Sí _____ No _____

Si respondió «Sí» a la pregunta anterior, ¿cuenta con una Orden de No Reanimar? Sí _____ No _____

Si desea obtener más información sobre las Directivas Anticipadas, por favor visite:

<https://www.tn.gov/health/healthyaging/healthcare-decisions.html>