

### INFORMACIÓN GENERAL

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 \_\_\_\_

### EMPLEO

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Ocupación del paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre del cónyuge (o padres si es menor de edad) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia (que no sea su cónyuge) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### CONTACTÁNDOTE

Es posible que en algunas ocasiones necesitemos contactarle en relación con su cita, resultados de pruebas diagnósticas, problemas de facturación, información sobre servicios especiales o promociones que se ofrecen actualmente, o cualquier otra situación relacionada con su visita. Por favor, lea y responda a la siguiente información:

**East Tennessee Plastic Surgery** tiene permiso para comunicarse conmigo mediante las opciones marcadas a continuación:

Casa \_\_\_\_ Celular \_\_\_\_ Mensaje de texto \_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS

Marque con un círculo las opciones que correspondan:

Nuestro sitio web                      Instagram                      Paciente anterior : \_\_\_\_\_

Google                                      Facebook                      Amigos / Familiares : \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

### ÁREAS DE PREOCUPACIÓN/INTERESES

Seleccione cualquier área de interés o inquietud de las que aparecen a continuación. ¡Esperamos atender todas sus inquietudes!

#### Piel flácida/exceso de grasa

1. Abdomen
2. Brazos
3. Atrás
4. Nalgas
5. Ojos
6. Rostro
7. Cambio de imagen de mamá
8. Cuello
9. Muslos

#### Senos:

1. Demasiado pequeños
2. Demasiado grandes
3. Caídos
4. Asimétricos
5. Deseo de extracción de implantes
6. Exceso de tejido mamario en

#### Rostro:

1. Pestañas finas o escasas
2. Cejas bajas
3. Mentón pequeño
4. Envejecimiento facial/del cuello
5. Proyección de las orejas/lóbulos/otros
6. Zonas hundidas
7. Párpados superiores caídos
8. Bolsas en los párpados inferiores

#### Piel:

1. Arrugas
2. Problemas de pigmentación
3. Problemas de textura de la piel
4. Reafirmación de la piel
5. Cicatrices prominentes
6. Productos para el cuidado de la piel

## HISTORIAL MÉDICO

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Última fecha de visita al médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Otros médicos que ha visto en los últimos 3 años y motivo de la visita:

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

**Historial - Problemas pasados y actuales:**  Sin problemas médicos  Ansiedad/depresión  SARM/infección posoperatoria

Presión arterial alta  Coágulos sanguíneos/trastornos de la coagulación  Accidente cerebrovascular  Ataque cardíaco

Arritmia cardíaca  Enfermedad cardíaca  VIH  EPOC  Asma  Covid  ERGE  Enfermedad gastrointestinal  Obesidad

Migrañas  Diabetes  Tiroides  Análisis anormales  Tipo autoinmune  Cáncer – tipos: \_\_\_\_\_

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

**Medicamentos actuales** – con y sin receta con 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

\_\_\_\_\_

**Alérgica al látex:**  Sí  No

**Alérgica a los adhesivos:**  Sí  No

**Historial quirúrgico pasado:** *(incluidas las fechas)*

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

\_\_\_\_\_

**Historial médico familiar:** *(marque cualquier enfermedad conocida y enumere los parentescos, como padres, hermanos, abuelos)*

Enfermedad:

Cáncer (tipo) \_\_\_\_\_  Diabetes \_\_\_\_\_

Accidentes cerebrovasculares \_\_\_\_\_  Coágulos de sangre \_\_\_\_\_

Presión arterial alta \_\_\_\_\_  Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_



**Timothy S. Wilson, MD, médico y cirujano plástico**

**Megan C. Jack, MD, médica y cirujana plástica**

**Nancy Killgore, ANP-BC, enfermera practicante para adultos, enfermera certificada y registrada**

Los profesionales mencionados anteriormente cuentan con la licencia del Estado de Tennessee. Un cambio reciente en la legislación sobre comunicación con los pacientes exige que se le informe el nombre completo y la licencia de su profesional. Su firma a continuación confirma que ha sido informado de esta información. Sabemos que tiene la opción de elegir entre muchos médicos para sus necesidades médicas y agradecemos la oportunidad de servirle.

Iniciales \_\_\_\_\_

---

### **Programa de referencias para cirugía plástica del este de Tennessee**

- Todos los pacientes son elegibles para participar.
- El crédito de referencia es de \$25 para cualquier paciente que necesite inyecciones y de \$100 para cualquier paciente que necesite cirugía.
- No existe límite en la cantidad de créditos de referencia que un paciente puede recibir
- El crédito de referencia se puede otorgar a un máximo de dos personas (el crédito se dividirá entre los dos)
- El crédito se emitirá una vez que el paciente referido reciba un servicio. El crédito vencerá al año de su emisión. Puede utilizarse para cualquier servicio en East Tennessee Plastic Surgery, incluyendo honorarios de cirujanos, inyecciones y/o cuidado de la piel.
- El crédito de referencia no es transferible
- El paciente debe firmar una exención de responsabilidad en la que acepta participar en el programa de referencias. Aceptar participar no implica que se comparta información personal o que lo identifique. La exención firmada autoriza a nuestra oficina a notificar a la parte recomendante que ahora cuenta con un crédito de referencia en nuestra oficina.

**Exención del Programa de Referencias**: Acepto participar en el programa de referencias de Cirugía Plástica del Este de Tennessee. Al firmar, autorizo a la oficina a notificar a la(s) persona(s) que me(s) recomienda(n) que ahora cuentan con un crédito por referencia.

Iniciales \_\_\_\_\_

Recomendado por (enumere solo dos, por favor): \_\_\_\_\_

---

### **Consentimiento para fotografías**

Por la presente, doy mi consentimiento para que los profesionales de East Tennessee Plastic Surgery me fotografíen con fines diagnósticos o de comparación preoperatoria o posoperatoria. Esto no implica la divulgación ni el uso de las fotografías tomadas.

Iniciales \_\_\_\_\_

---

### **Directivas anticipadas**

¿Tiene usted directivas anticipadas vigentes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, ¿tiene una orden de no reanimación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si desea obtener más información sobre las directivas anticipadas, visite: <https://www.tn.gov/health/health-program-areas/health-professional-boards/hcf-board/hcf-board/advance-directives/advance-directives-faq.html>

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

**AUTORIZACIÓN GENERAL – TODOS LOS PACIENTES POR FAVOR LEAN Y FIRMEN**

**ASUNCIÓN DE RESPONSABILIDAD** : El abajo firmante, ya sea como agente o como paciente, se compromete a pagar a East Tennessee Plastic Surgery todos los honorarios por los servicios prestados. Esto incluye los servicios prestados en nuestra oficina y los honorarios del consultorio/cirujano por servicios prestados en un centro externo. En caso de que la cuenta sea derivada a cobro, el abajo firmante deberá pagar todos los honorarios y gastos de cobro razonables. A todas las cuentas morosas se les aplicarán intereses al tipo legal. Se entiende que las facturas deben pagarse dentro de los 30 días posteriores a su recepción. He leído y comprendido la información anterior. Se entiende que todos los pagos por servicios inyectables vencen el día del procedimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TODOS LOS PACIENTES COSMÉTICOS: POR FAVOR, LEA Y FIRME**

un depósito **NO REEMBOLSABLE** de \$500 para programar la cirugía. El saldo restante de la cirugía debe pagarse cuatro semanas antes de la cirugía. Si cancela la cirugía después de pagar el saldo en su totalidad, perderá \$500 o el 25% de los honorarios del cirujano (el que sea mayor). Si necesita reprogramar la cirugía antes de que venza el saldo, se requiere un segundo depósito de \$500. Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito. También aceptamos Care Credit. A cualquier reembolso en tarjetas de crédito o Care Credit se le aplicará un cargo por reembolso del 3.5%. **East Tennessee Plastic Surgery** NO presentará seguros médicos ni proporcionará información para que el paciente presente **seguros** médicos en ningún procedimiento o cirugía que el paciente pague como cosmético. **Recibirá políticas más detalladas con su cotización** . He leído y comprendido la información anterior sobre los pagos a East Tennessee Plastic Surgery.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TODOS LOS PACIENTES CON SEGURO: POR FAVOR, LEA Y FIRME**

**CESIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO** : Por la presente, garantizo/garantizamos el pago de todos los cargos incurridos por cuenta del paciente mencionado anteriormente desde la fecha del primer tratamiento hasta el alta o la finalización del mismo. Por la presente, cedemos todos los beneficios del seguro a East Tennessee Plastic Surgery, PC. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible y coaseguro. Autorizo la divulgación de mi historial médico a la compañía de seguros para la determinación de los beneficios. Todos los gastos no cubiertos se considerarán cosméticos y se aplicarán las pólizas correspondientes. He leído y comprendido 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 realice a East Tennessee Plastic Surgery por cualquier servicio cubierto que me haya brindado un proveedor de ETPS. Autorizo la divulgación de mi historial médico a Medicare para que se determinen los beneficios. Entiendo que soy responsable de mi deducible y del 20 % de los cargos permitidos de Medicare (si no están cubiertos por mi aseguradora secundaria o si no tengo seguro secundario). Todos los procedimientos no cubiertos se considerarán cosméticos y se aplicarán las políticas correspondientes. También 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 determinarlos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SEGURO**

Seguro primario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular principal de la póliza de seguro \_\_\_\_\_

Número de seguro social del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Número de grupo principal: \_\_\_\_\_ Número de identificación principal: \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza de seguro secundario \_\_\_\_\_

Número de seguro social del titular de la póliza \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

He tenido la oportunidad de revisar la política de privacidad y me han ofrecido una copia escrita de esta política.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_