

Información del paciente a partir de _____ (ingrese la fecha de hoy)
(Imprima de forma legible y rellene o corrija todos los campos)

Nombre del paciente

Primero

Medio

Último

Dirección

Calle y Apt #

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Teléfono residencial

Teléfono celular

Otro teléfono

Correo electrónico

Edad _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Género Femenino Masculino

Estado civil Soltero(a) Casado con: _____ Otro _____

Empleador del paciente _____ **Ocupación** _____

Teléfono del trabajo

Ext: _____

¿Está bien llamarte al trabajo?

Sí No

Dirección

Calle & Suite #

Ciudad

Estado

Cremallera

¿Estás interesado en opciones de financiamiento?

Sí No

¿Cómo te enteraste de nosotros? (Marque todo lo que corresponda)

LUX~A Medical Spa Revista Newsletter Seminario Salon _____ Redes Sociales

Amigo/Familiar: _____ Médico: _____ Otro: _____

Contacto de emergencia

(preferiblemente, no en su hogar) _____ **Relación con el paciente** _____

Teléfono residencial

Teléfono del trabajo

Otro teléfono

Entiendo que los cargos por visita a la oficina se pagan el día en que se presta el servicio.

Firma _____ **Fecha** _____

AUTORIZACIONES

Autorizo a **Weniger Plastic Surgery y/o a sus proveedores** a tratarme. Represento ante el médico y el personal que tengo al menos 18 años de edad o, si no, estoy acompañado por un tutor legal. Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo el examen y el tratamiento por parte de mi médico y el asistente o personal que pueda ser asignado por él.

Firma: _____

Entiendo que la fotografía es una parte necesaria de la planificación y evaluación de la cirugía estética o reconstructiva. Autorizo la toma de fotografías bajo la dirección de los proveedores de **Weniger Plastic Surgery** y bajo las condiciones que puedan ser aprobadas por ellos. Estas fotografías se utilizarán únicamente con fines de documentación y se mantendrán confidenciales.

Firma: _____

Autorizo a **Weniger Plastic Surgery** a divulgar información completa sobre el hallazgo médico y el tratamiento del abajo firmante, desde la visita inicial al consultorio hasta la fecha de la conclusión de dicho tratamiento, a aquellas personas que, en la determinación de **Weniger Plastic Surgery**, deben recibir dicha información con el propósito de tratamiento médico, garantía de calidad médica, revisión por pares, y para procesar el reclamo de seguro por los servicios prestados en **Weniger Plastic Surgery**.

Autorizo el pago de beneficios médicos por tratamiento y/o cirugía a **Weniger Plastic Surgery**. Entiendo que cualquier saldo pendiente no cubierto o pagado por el seguro, además de todas las tarifas de consulta, será mi responsabilidad de pagar. Si mi cuenta se entrega a un abogado o agente de cobranzas para obtener el pago, entonces seré responsable de los honorarios del abogado, los costos judiciales y cualquier otro costo incurrido por la agencia de cobranza. Una copia de mi firma tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Firma: _____

Solo para pacientes de Medicare: firma de Medicare en el archivo

Weniger Plastic Surgery ya no acepta Medicare

Firma del beneficiario: _____

WENIGER & ASSOCIATES PLASTIC SURGERY

RECEPCIÓN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

HIPAA es un acrónimo de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (una ley federal). De gran preocupación para las organizaciones de atención médica es la sección de Simplificación Administrativa de la Ley, que requiere que las organizaciones de atención médica cumplan con reglas específicas con respecto a:

- Identificadores únicos para planes de salud, proveedores, individuos, empleadores
- Conjuntos de transacciones y códigos de atención médica para transmitir datos electrónicamente
- Regulaciones de privacidad sobre la divulgación y el uso de la información de salud
- Regulaciones de seguridad sobre las protecciones de la información de salud electrónica

Es nuestra política no divulgar información confidencial y / o no autorizada, excepto la confirmación de la cita por teléfono residencial, contestador automático, teléfono del trabajo, correo de voz, teléfono celular y / o buscapersonas. Si desea que la información se divulgue a alguien que no sea usted, complete lo siguiente:

Por favor, enumere los nombres de las personas con las que podemos hablar sobre su cuidado médico o de la piel:

Esposo(a) _____ si _____ no _____

Padres _____ si _____ no _____

Otro Nombre _____ si _____ no _____
nombre y relación como novio, hermana, etc.

Firma del paciente/Guardian

Date

Weniger & Associates Plastic Surgery

Historial Médico y Quirúrgico

Nombre: _____

Altura _____ Peso _____

Ocupación: _____

Médico de Atención Primaria: _____

¿Cómo te enteraste de nuestra práctica? _____

¿Cuál es su razón para venir a vernos hoy? _____

¿Alguna vez ha tenido COVID-19, y si cuando? _____

¿Tienes apnea del sueño? _____

Por favor, enumere todos los problemas médicos actuales y pasados, incluidas las fechas, incluso si está bajo control con medicamentos:

Por favor, enumere todas las cirugías anteriores, incluyendo las fechas:

Alergias y reacciones

Medicamentos y dosis. Por favor incluya hierbas medicinales, aspirina, medicamentos de venta libre y medicamentos para el dolor:

Problemas médicos que corren en su familia:

Historia social:

Ejercicio: Ninguno Ligero Moderado Pesado Con qué frecuencia: _____

Alcohol: Nunca Sí _____ Bebidas por _____

Nicotina en cualquier forma: Nunca Actual: Años _____ Descontinuado: Cuando _____

En caso afirmativo, ¿qué utiliza? _____

En el último año, ¿ha usado algún medicamento controlado no recetado?

Ninguno Marijuana Otro: _____

Reviso de Sistemas

Constitucional

- Ninguno
- Dolor
- Debilidad/ Cansancio
- Perdido de Peso

Cardiovascular

- Ninguno
- Ataque de Corazón
- Enfermedad de Arteria Coronaria
- Presión Alta
- Ecocardiograma Anormal
- Problema con válvulas del Corazón
- Coágulos de Sangre
- Aneurisma
- Fiebre reumática
- Requiere Antibióticos Antes de un proceso Dental
- Stent o Marcapasos

Hematológico/ Inmunológico

- Ninguno
- Sangrado Prolongado
- SIDA/VIH
- Hepatitis
- Anemia
- Deficiencia Inmunológica
- Historia de Esplenectomía
- Otro Problema Sanguíneo
O Inmuno

Extremidades

- Ninguno
- Infección de Mano
- Lesión de Mano
- Inflamación de Piernas
- Inflamación de Articulaciones
- Dolor de Extremidades
- Debilidad de Extremidades
- Artritis

Neurológico

- Ninguno
- Pérdida de Expresión Facial
- Agarre Débil
- Parálisis
- Ataque Cerebral
- Epilepsia
- Lesión de Cabeza/Medula Espinal
- Depresión
- Convulsiones
- Ataque Isquémico Transitorio

Otorrinolaringología

- Ninguno
- Trauma/ Deformidad Nasal
- Fractura Facial
- Ojos Secos
- Obstrucción Nasal
- visión Doble
- Trauma de Cabeza reciente
- Problema con Dientes Artificiales
- Glaucoma

Abdomen

- Ninguno
- Náusea o Vómito
- Hernia
- Ictérica/ Enfermedad del Hígado
- Diarrea
- Cirrosis
- Hepatitis
- Problemas de Riñones
- Acidez or Reflujo
- Embarazada Presentemente
- Adhesiones
- Colitis Ulcerosa

Piel

- Ninguno
- Absceso
- Herida
- Quemada
- Cáncer de Piel
- Mordida de Animal
- Venas Varicosas
- Lesiones Sospechosas
- Cambio de Color
- Erupción
- Viaje Internacional (Reciente)

Endocrino

- Ninguno
- Trastorno de la Tiroides
- Diabetes
- Otro Problema Endocrino

Complicaciones Quirúrgicas

- Ninguno
- Complicaciones para Sanar
- Complicaciones al Sangrar
- Coágulos de Sangre Posoperativo
- Complicaciones de Anestesia
- Dificultad para respirar posoperativo
- Náusea Posoperativa
- Dificultad en Orinar Posoperativo
- Historia Familiar de reacción a Anestesia
- Vía Área Con dificultades de administrar Anestesia o Entubar

Senos

- Ninguno
- Deformidad de senos
- Senos pequeños
- Cambio de color de senos
- Dolor de hombros por senos grandes
- Dolor de espada por senos grandes
- Hombros hundidos de la tira del brasier
- Historia personal o familiar de cáncer de senos

Respiratorios

- Ninguno
- EPOC
- Asma
- Apnea del sueño

Paciente o Guardian _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

Política Financiera

Gracias por elegir **Weniger Plastic Surgery** para sus necesidades cosméticas. Nuestro objetivo es hacer que su experiencia quirúrgica sea agradable. Para su comodidad y para evitar cualquier confusión futura, nos gustaría describir nuestras políticas y procedimientos financieros para usted.

Consulta:

Se programa una consulta cosmética desde su llamada telefónica inicial, debido a nuestra política de **cancelación de 48 horas**, se le pidió una tarjeta de débito / crédito para celebrar su cita, a la que se le cobra una tarifa de \$ 75.00 a \$ 250 según el tipo de consulta que esté teniendo. Se le reembolsará si la consulta se cancela fuera de la **cancelación de 48 horas**. Esta consulta está diseñada para que usted y el Dr. Weniger satisfagan y discutan sus necesidades quirúrgicas, describan el procedimiento y le informen de los honorarios. Si se ha sometido a un procedimiento quirúrgico en la misma área antes con otro médico y está aquí para una segunda opinión de ese procedimiento, esto resultará en una tarifa de consulta más alta. También habrá cargos por cada visita a partir de entonces. Si su consulta se cancela en el período de cancelación, tendrá que pagar una tarifa de consulta adicional para reprogramarla.

Información de seguros

No aceptamos ningún seguro en este momento. Si tiene patología con Weniger Plastic Surgery, le enviaremos al laboratorio su información de seguro, ya que toman el seguro. Weniger Plastic Surgery no se involucra con la facturación del seguro entre pacientes, seguros y laboratorios.

Tarifas del formulario

Los formularios y cartas solicitados por nuestros pacientes se cobrarán una tarifa como se indica a continuación. Esta lista no pretende ser todo incluido, sino que es meramente representativa de los artículos que pueden incurrir en un cargo. Esta tarifa cubre nuestros gastos administrativos relacionados con el tiempo del médico / personal, fotocopias, correo, etc.

Registros médicos- \$35

Excusas de trabajo: \$ 15 cada una

Formularios de discapacidad: \$15 cada uno

Cartas de Necesidad Médica-\$15 cada una

Formularios de la Ley de Licencia Médica Familiar: \$ 15 cada uno

Opciones de pago:

Aceptamos todas las principales tarjetas de crédito y cheques certificados y efectivo. Tenga en cuenta que agregaremos un cargo de \$ 50.00 a su cuenta por cheques devueltos. Nos reservamos el derecho de enviar todas las cuentas con saldos de más de 60 días de antigüedad a una agencia de cobro externa. A todas las cuentas enviadas a cobros se les cobrará una tarifa de procesamiento de \$ 20.00 y cualquier tarifa adicional asociada. Usted puede ser responsable de todos los cobros razonables y los costos de abogados incurridos. Los cheques que se escriben a Weniger Plastic Surgery que necesitan ser reembolsados, no serán reembolsados por 10 días hábiles, hasta que el cheque original escrito haya tenido la oportunidad de borrarse.

Planificación

Después de su consulta, si decide seguir adelante con la cirugía, trabajará con nuestro coordinador de atención al paciente para seleccionar una fecha para su cirugía.

Prepago

Se requiere un depósito antes de que la fecha seleccionada para su cirugía se pueda reservar exclusivamente para usted. El depósito es de \$ 500.00, este es un depósito **no reembolsable** y es **solo para cirugía**. Esta tarifa se utiliza para cubrir los gastos de reserva y programación relacionados con su cirugía. Esta cantidad se aplicará a su costo total. No habrá reembolsos por los servicios ya prestados. El depósito quirúrgico no puede ser transferido a LUX para los servicios. El saldo de su cirugía vence cuatro semanas antes de la fecha de su cirugía.

Visita prequirúrgica

Antes de la cirugía (preferiblemente cuatro (4) semanas antes), se reunirá con el quilate quirúrgico y / o el Dr. Weniger. Explicaremos las instrucciones preoperatorias, ordenaremos las pruebas de laboratorio requeridas, revisaremos su procedimiento quirúrgico y las limitaciones postoperatorias con usted, y le daremos sus recetas postoperatorias con instrucciones para su uso, también revisaremos los formularios de consentimiento en este momento. Las citas postoperatorias están programadas en este momento. Cualquier pregunta que pueda tener será respondida en esta consulta.

Honorarios quirúrgicos adicionales

La tarifa de la instalación es un precio fijo y está incluida en las estimaciones de costos anteriores a menos que se indique lo contrario. Si se le requiere médicamente que se someta a una cirugía en otro lugar (Bluffton Okatie Outpatient Center o Coastal Carolina Medical Hospital), esto puede afectar el costo de la instalación y no está bajo el control de esta oficina. Usted será responsable de cualquier cargo adicional relacionado con esas tarifas de instalación.

Hay una tarifa por los servicios de un anestesiólogo o una enfermera anestesista certificada registrada. Las tarifas se basan en la duración anticipada de su procedimiento quirúrgico y el lugar en el que se realiza su cirugía. Tenga en cuenta que nuestras instalaciones no tienen control sobre el costo de la anestesia.

Si le van a aplicar sedación o anestesia general, es posible que se requieran ciertas pruebas de laboratorio. Los costos de las pruebas de laboratorio, los medicamentos y la autorización de la cirugía no se incluyen en su estimación de costos.

La práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Si bien los procedimientos se realizan con una alta probabilidad de éxito, se producen decepciones y los resultados no siempre son aceptables para los pacientes o el cirujano. Es posible que se requieran revisiones quirúrgicas y / u otro tratamiento médico o manejo de problemas y / o complicaciones. En caso de revisiones quirúrgicas, la tarifa del médico puede ser eximida o descontada, y usted como paciente es responsable de las tarifas de las instalaciones y la anestesia. Esto podría resultar en cargos adicionales por los cuales usted es responsable. Su seguro puede o no ayudarlo a cubrir los gastos relacionados con las complicaciones después de la cirugía estética y / u otros problemas relacionados con la medicina.

- Habrá una tarifa mínima de \$ 1000.00 para cualquier revisión quirúrgica en la oficina o en la sala de operaciones. La tarifa se basará en el tiempo que tomará la revisión. Se aplicarán cargos adicionales, si desea someterse a procedimientos adicionales en el momento de su revisión quirúrgica.

Pago final de la cirugía

A más tardar cuatro (4) semanas antes de la cirugía, se espera que pague el saldo restante adeudado en su cuenta. Aceptamos: Visa, Mastercard, American Express, Discover, giros postales, cheques de caja, crédito Care, Alphean y efectivo.

Política de cancelación: Si por cualquier motivo, médico o personal, cancela su cirugía antes de la fecha programada de la cirugía, las tarifas se cobrarán de la siguiente manera:

- 29 días = 25% de la cuota quirúrgica total.
- 7 – 28 días = 50% de la tarifa quirúrgica total.
- 2 – 6 días = 75% de la cuota quirúrgica total.
- 1 día = 100% de la cuota quirúrgica total.
- La cancelación repetida de la cirugía o el procedimiento puede estar sujeta a una tarifa de cancelación del 25%, independientemente del momento de la cirugía.

Si tiene alguna pregunta, nuestro personal estará encantado de ayudarlo. Esperamos con interés cuidar de usted.

Entiendo y acepto la estimación de tarifas y la política financiera anteriores.

Firma del Garante Financiero _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Weniger & Associates Plastic Surgery

Consentimiento De Correo Electrónico

Nombre del paciente: _____

RIESGO DE USAR EL CORREO ELECTRÓNICO

La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar. Estos incluyen, pero no se limitan a los siguientes riesgos:

- El correo electrónico puede circular, reenviarse y almacenarse electrónicamente y en papel
- El correo electrónico puede transmitirse inmediatamente en todo el mundo y ser recibido por destinatarios no deseados
- Los remitentes de correo electrónico pueden dirigir fácilmente un correo electrónico
- Las copias de seguridad del correo electrónico pueden existir incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos transmitidos a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección
- El correo electrónico se puede utilizar para introducir virus en los sistemas informáticos

CONDICIONES PARA EL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO

Weniger Plastic Surgery no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico, y no será responsable del uso indebido y / o la divulgación de información confidencial que no sea causada por la mala conducta intencional de Weniger Plastic Surgery. Los pacientes deben dar su consentimiento a las siguientes condiciones:

- ***El correo electrónico no es apropiado para situaciones de emergencia***
- Todos los correos electrónicos que contengan información health protegida (PHI) a o from un paciente se imprimirán y formarán parte del registro / gráfico del paciente
- El personal de Weniger Plastic Surgery puede recibir y leer sus mensajes de correo electrónico
- El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico
- Weniger Plastic Surgery no es responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por el paciente o cualquier tercero
- Es responsabilidad del paciente hacer un seguimiento y / o programar una cita si se justifica.
- El paciente debe evitar el uso de la computadora de su empleador para enviar / recibir correos electrónicos a Weniger Plastic Surgery
- El paciente deberá informar a Weniger Plastic Surgery por escrito de los cambios en su dirección de correo electrónico
- El paciente notificará a Weniger Plastic Surgery por escrito cuando ya no quiera recibir correos electrónicos de Weniger Plastic Surgery.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Reconozco que he leído y entiendo completamente la información que Weniger Plastic Surgery me ha proporcionado con respecto a los riesgos de usar el correo electrónico. Doy mi consentimiento a las condiciones descritas anteriormente y entiendo que Weniger Plastic Surgery puede imponer otras condiciones con respecto al uso del correo electrónico en el futuro.

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Un mensaje importante con Respecto al Seguro Medico

Con el fin de centrar nuestro tiempo y atención en el servicio al cliente, hemos tomado la decisión de eliminar la sobrecarga administrativa de un departamento de facturación y centrarnos en garantizar que nuestro servicio al cliente sea de la misma alta calidad que la atención clínica que brinda el Dr. Weniger. Ya no aceptaremos ningún seguro, incluido Medicare. Esto significa que no enviaremos ningún procedimiento a Medicare y usted no podrá enviar ningún procedimiento a Medicare. Estaremos encantados de seguir viéndole fuera de la red. Nos damos cuenta de que usted tiene la opción de elegir a dónde ir para recibir servicios médicos y valoramos nuestra relación con usted. Estaremos encantados de hablar con usted sobre estos cambios y nos sentiremos seguros de que verá cómo nuestra práctica difiere de otras prácticas.

Firma del paciente _____

Fecha _____