

INFORMACIÓN DE REGISTRO PERSONAL

PORFAVOR INPRIMA CLARAMENTE CON PLUMA NEGRA
Porfavor de llenar lo siguiente completamente.

FECHA: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ APODO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ M/F _____ ESTADO CIVIL: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____ OCUPACION/EMPLEADOR: _____

Garantor Principal

NOMBRE: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ M/F _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCION (si diferente) _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL : _____ NO. DE TELEFONO: _____ NO. DE TRABAJO: _____

EMPLEADOR: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ TEL #1: _____ TEL #2: _____ RELACION AL PACIENTE : _____

NOMBRE: _____ TEL #1: _____ TEL #2: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

SEGURO **PRIMARIO** : _____ NO. DE TELEFONO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS#: _____

PLAN: _____ NO. GRUPO: _____ NO. DE IDENTIFICACION DEL PLAN: _____

NO. DE LICENCIA DEL ASEGURADO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

SEGURO **SECUNDARIO**: _____ NO. DE TELEFONO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS#: _____

PLAN: _____ NO. GRUPO: _____ NO. DE IDENTIFICACION DEL PLAN: _____

NO. DE LICENCIA DEL ASEGURADO: _____ RELACION AL PACIENTE: _____

CONSENTIMIENTO PARA PROPOSITOS DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SALUD

Consiento al uso o divulgacion de informacion de me informacion de salud protegida por Plastic Eye Surgery Associates, PLLC con el proposito de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mi, obtener el pago de mis facturas de atencion medica o para llevar a cabo operaciones de cuidado de la salud de los ojos de Plastic Eye Surgery Associates, PLLC. Entiendo que el diagnostico o tratamiento dado por James R. Patrinely, MD, Charles Soparkar, MD, PhD, o Jennifer Murdock, MD puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restriccion en cuanto a como se usa o divulga mi infomacion de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago a las operaciones de salud de la practica. Plastic Eye Surgery Associates, PLLC no esta obligado a aceptar las restricciones que yo pueda solicitar. Sin embargo, si Plastic Eye Surgery Associates, PLLC conviene a una restriccion que solicito, la restriccion es obligatoria en Plastic Eye Surgery Associates, PLLC y James Patrinely, MD, Charles N.S. Soparkar, MD, PhD, o Jennifer Murdock, MD.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepton la medida que James R. Patrinely, MD, Charles N.S. Soparkar, MD, PhD, Jennifer Murdock, MD o asociados de Plastic Eye Surgery Associates ha tomado medidas en dependencia de este consentimiento.

Mi "informacion de salud protegida" significa informacion de salud, incluyendo mi informacion demografica, obtenida por mi y creada o recibida por mi medico, otro proveedor de atencion medica, un plan de salud, mi empleador o un centro de atencion de salud. Esta informacion de salud protegida se relaciona con mi pasado, presente, o futuro físico o salud mental o condición y me identifica, o hay una base razonable para creer que la información puede identificarme.

Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso de practicas de privacidad de Plastic Eye Surgery Associates, PLLC antes de firmar este documento. El aviso de practicas de privacidad ha sido proporcionado a mi. El aviso describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información medica protegida que ocurrirá en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones de atención medica de Plastic Eye Surgery Associates, PLLC. Este aviso de practicas también se proporciona en el pasillo de la clínica. Este avison también describe mis derechos y los deberes de Plastic Eye Surgery Associates, PLLC con respecto a mi salud protegida.

Plastic Eye Surgery Associates, PLLC reserva el derecho de cambiar las practicas de privacidad definidas en el aviso de practicas de privacidad. Puedo obtener una notificación revisada de las practicas de privacidad accediento a Plastic Eye Surgery Associates, PLLC, visitando la paginá electronica, llamando a la oficina y solicitando una copia que sea por correo o pidiendo una en el momento de mi próxima cita.

Firma del Paciente (o representante legal)

Nombre impreso del paciente (y del representante legal si aplica)

Fecha

Descripcion de la autoridad del representante legal

POLISA FINANCIERA Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Gracias por seleccionar a Plastic Eye Surgery Associates, PLLC para su cuidado. Para evitar cualquier confusión sobre la responsabilidad financiera de los servicios médicos y quirúrgicos proporcionados, le suministramos la siguiente información:

El paciente, el garante, o la persona que trae al paciente (si el paciente es un menor de edad), es responsable del pago de servicios en el momento de la visita, de la prueba, o del procedimiento de la oficina. El pago se puede hacer en efectivo, cheque personal (cargo por NSF: \$30), o tarjeta de crédito (American Express, Discover, Visa o MasterCard). En el caso de los padres divorciados, el padre que trae al niño a la oficina es responsable del pago en el momento del servicio. Las facturas proporcionadas en cada visita contienen toda la información necesaria para que usted envíe las solicitudes a su compañía de seguros.

Si su plan de seguro requiere una remisión de su médico de atención

primaria, es su responsabilidad traer la derivación con usted y presentarla en el mostrador de registro en el momento de su visita. La ley federal y los contratos de seguro requieren que pidamos su tarjeta de seguro y licencia de conducir en el check in para propósitos de identificación.

COBERTURA DE SEGURO CONTRATADA DE PESA

Si usted tiene cobertura a través de una compañía de seguros que tiene un contrato con el médico que está viendo, estamos obligados a pedir copia de su tarjeta de seguro y el pago de su deducible y/o co-pago en el momento del servicio.

Cobertura de seguro no-contratada por PESA

Si usted tiene cobertura a través de una compañía de seguros que no tiene un contrato con el médico que está viendo, le pediremos una copia de su tarjeta de seguro, pero el pago por los servicios puede ser debido en el momento de su visita. Estaremos encantados de comunicarnos con su aseguradora

para que posiblemente le proporcionemos cuidado cubierto.

MEDICAID

Si usted tiene cobertura de Medicaid, usted debe proveer una tarjeta de Medicaid actual en el momento de su visita. Si la tarjeta no está disponible, usted debe pagar la visita o reprogramar la cita. Si en el plazo de tres meses después de la visita usted recibe una tarjeta retroactiva que cubra la fecha de la visita, el pago será reembolsado después de que Medicaid haya pagado su visita. Usted debe pagar por los servicios no cubiertos en el momento de su visita.

MEDICARE

Las visitas de oficina a un médico están cubiertas por la parte B del programa de Medicare. Medicare paga el 80% de sus cargos permisibles después de pagar el deducible anual para el año civil. Usted es totalmente responsable de cualquier servicio no cubierto. Como cortesía, si usted tiene un seguro suplementario, estaremos encantados de presentar esto para usted.

He leído la información anterior y estoy de acuerdo en que, independientemente del estado del seguro, soy responsable del saldo de la cuenta para todos los servicios prestados a la persona indicada como "paciente", incluyendo los servicios médicos revelados y no cubiertos. Además, yo irrevocablemente asigno y transferir todos los beneficios del plan de salud y seguro a Plastic Eye Operations Associates, PLLC (pesa), autorizando el pago a pesa para todos los beneficios pagaderos a "paciente" incluyendo beneficios del plan de salud, beneficios de ERISA, seguro pagos, pagos con arreglo a la ley de seguridad social y otros beneficios médicos a los que el "paciente" pueda tener derecho. Pesa puede perseguir la recolección de tales beneficios en el nombre del "paciente" o en el nombre de pesa. Por último, autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos de "paciente". Una fotocopia de este acuerdo será considerada como efectiva y válida como el

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre escrito del paciente: _____

Si aplica, firma del guardián o parte responsable: _____

Nombre escrito del guardian o parte responsable: _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted está de acuerdo en que usted ha recibido una copia de el aviso de practica de privacidad de Plastic Eye Surgery Associates, PLLC, que describe cómo usamos y revelamos su información de salud. Usted tiene el derecho de negarse a firmar este reconocimiento, en cuyo caso debemos documentar nuestro esfuerzo de buena fe para obtener su reconocimiento y la razón por la cual no fue obtenida.

Recibo de reconocimiento de notificación de privacidad por :

Firma del paciente (o representante legal)

Nombre escrito del paciente (si aplica, de representante legal)

Fecha

Si no es paciente, la relacion al paciente:

Paciente, Conyuge, Representante Legal, o Beneficiario

El cónyuge del paciente puede autorizar la divulgación de la información de salud del paciente sólo cuando la información de salud es con el único propósito de procesar una solicitud de seguro de salud, para matricularse en un plan de servicio de atención médica, o cualquier plan de beneficios para empleados. El paciente debe ser un cónyuge matriculado o dependiente bajo la póliza o plan.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

ESTATURA: _____

PESO: _____

LISTA DE PROBLEMAS MEDICOS

Compruebe por favor/circunde todos los problemas médicos pasados actuales y significativos y explique abajo.

CORAZON

- Ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca
- Ritmo cardíaco irregular
- Dolor torácico
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Marcapasos

RESPIRACION

- Asma
- Dificultad para respirar
- Infecciones pulmonares
- Enfermedad pulmonary

ENDOCRINO

- Enfermedad tiroidea
- Diabetes
- Calor/intolerancia al frío

GENITOURINARIAS

- Enfermedad del riñón o de la próstata
- Dificultad para orinar
- Enfermedades de transmisión sexual

SALUD GENERAL

- Fiebre
- Fatiga o baja energía
- Sudores nocturnos o escalofríos
- Aumento de peso/pérdida
- Hinchazón del tobillo

PSIQUIATRICO

- Depresión, cambios en el estado de ánimo
- Ansiedad
- Confusion
- Mala memoria
- Drogadicción

CANCER / SANGRE

- Cancer
- Tratamiento de radiacion
- Quimioterapia
- Anemia
- Hematomas excesivos
- Glándulas hinchadas

ALERGIA/INMUNE

- Hay fever
- Infecciones frecuentes
- VIH positivo
- Enfermedad autoinmune

PIEL, MAMA

- Cánceres de piel
- Erupciones
- Protuberancias o dolor en los senos
- OREJA, NARIZ, GARGANTA**
- Problemas sinusales
- Problemas auditivos
- Ronquera
- Sangrado nasal frecuente

NEUROLOGICO

- Dolores de cabeza severos o frecuentes
- Derrame cerebral
- Convulsiones
- Enfermedad de Parkinson
- Parálisis

GASTROINTESTINAL

- Reflujo
- Indigestion
- Heces sanguinolentas/de color alquitrán
- Enfermedad de la úlcera
- Hepatitis
- Enfermedad hepática

OCULAR

- Irritación, picazón, ardor o dolor
- Rasgado
- Visión borrosa
- Ceguera
- Hinchazón ocular

MUSCULOESQUELETICOS

- Dolor articular
- Dolor al masticar
- Calambres musculares
- Debilidad
- Artritis

OTROS

Por favor explique sus **PROBLEMAS MEDICOS, CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES MAS IMPORTANTES:** _____

Por favor enumere las enfermedades que corren en su familia:

Fumas? S / N

Alguna vez? S / N

Cuantas cajas /dia? _____

Por cuantos años? _____

Tomas Alcohol? S / N

Cuantas bebidas / dia? _____

INTERCAMBIO DE INFORMACION

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

¿Cómo podemos comunicarnos con usted?

NO. DE DOMICILIO: _____ URGENCIAS RUTINA PUEDE DEJAR MENSAJE

NO. DE TRABAJO: _____ URGENCIAS RUTINA PUEDE DEJAR MENSAJE

NO. DE CELULAR: _____ URGENCIAS RUTINA PUEDE DEJAR MENSAJE

CORREO ELECTRONICO:** _____ URGENCIAS RUTINA PUEDE DEJAR MENSAJE

OTRO: _____ URGENCIAS RUTINA PUEDE DEJAR MENSAJE

****Cuanto más disponible usted es para nosotros, más rápidamente podemos proporcionarle cambios importantes de la programación, los recordatorios de la visita, los resultados del laboratorio, las instrucciones peri-operativas, las respuestas a sus preguntas, etc.**

REFERENCIA

Que le remitió a nuestra práctica?

NOMBRE: _____ **NO. DE CONTACTO :** _____ **PODEMOS CONTACTAR REFERENCIA?** Si No

GUARDIAN LEGAL

Si usted ha designado un tutor legal para sus asuntos de salud y finanzas, por favor díganos quién es.

Nombre de Tutor Legal: _____

MEDICOS/PROVEEDORES DE ATENCION DE LA SALUD

Creemos que es en su mejor interés para nosotros conocer a todos los proveedores de atención médica involucrados en su cuidado, para que podamos comunicar información relevante de manera oportuna. Por favor enumere a continuación a todos sus médicos regulares y proveedores de atención médica (incluyendo proveedores de atención de salud gratuitos como quiropráctico, naturista, dietista y acupunturista) con quienes usted está dispuesto a comunicarnos.

NOMBRE DE PROVEEDOR	ESPECIALIDAD	NO. DE TELEFONO

FAMILIA Y AMIGOS

Su privacidad es muy importante para nosotros. No podemos compartir ninguna información (incluyendo confirmación de fecha y hora de la cita) con cualquier persona, incluyendo un cónyuge o niño que da cuidado (a menos que sea su tutor legal) sin su permiso expresado. Por favor Enumere abajo todas las personas con quienes usted nos permitirá discutir completamente sus asuntos médicos.

NOMBRE DEL INDIVIDUO	RELACION AL PACIENTE	NO. DE TELEFONO

Firma del paciente (o tutor legal): _____

POLISA DE PAGOS

Gracias por elegir nuestra clinica para ayudar con sus necesidades quirúrgicas. Se ha desarrollado la siguiente polisa para ser justos con todos, incluyendo usted, otros pacientes que esperan cirugía, el personal de Anestesiología que toma tiempo libre de sus cargos de tiempo completo asignados por el hospital, nuestro personal de oficina y su cirujano.

DEPOSITO

Para los procedimientos cosméticos, se requiere un depósito de **\$500** en el momento de la programación. Si el procedimiento es cancelado/reprogramado dentro de 14 días hábiles antes de la fecha de su cirugía, o cancelado/reprogramado su cirugía dos veces, este depósito se convierte en no-reembolsable.

Inicial

Para los procedimientos cubiertos por el seguro, se requiere un depósito de **\$50** en el momento de la programación. Si el procedimiento es cancelado/reprogramado dentro de 14 días hábiles antes de la fecha de su cirugía, o cancelado/reprogramado su cirugía dos veces, el depósito no es reembolsable.

Inicial

Para los rellenos faciales, (Restylane/Perlane/Juvederm) inyecciones, se requiere un depósito de **\$100** en el momento de la programación. Si la cita es cancelada/reprogramada dos veces o no se presenta, el depósito se vuelve no-reembolsable.

Inicial

REPROGRAMACION DE CITA

Entendemos que pueden surgir eventos que pueden hacer imposible que usted mantenga su cita quirúrgica. Por favor comunique todas las cancelaciones directamente a nuestro programador de cirugía, o a nuestra Gerente de oficina, la **Sra. Betty Broussard**.

Por favor de dar previo aviso lo mas pronto posible. Dependiendo de si tenemos suficiente aviso para llenar su lugar y/o si se necesita duplicar un trabajo o un procedimiento basado en el seguro o en un hospital, es posible que se requiera un depósito de repetición para reprogramar el procedimiento.

Inicial

PAGO ADEUDADO

El pago total de su responsabilidad por cirugía es requerido el viernes antes de la semana de su cirugía. Para los procedimientos cubiertos por el seguro, le proporcionaremos nuestra mejor estimación basada en los procedimientos quirúrgicos anticipados, la información más actualizada de su compañía de seguros en sus gastos de bolsillo cumplidos hasta la fecha y los horarios de los honorarios. Si usted está usando un anestesiólogo en nuestra oficina, entonces el pago completo para este servicio es requerido el viernes antes de la semana de su cirugía también.

Si usted decide que le gustaría pagar con cheque, será debido 2 semanas antes del viernes antes de la semana de su cirugía.

Inicial

PAGOS CON TARJETA DE CREDITO

Estamos encantados de aceptar el pago de la tarjeta de crédito sin cargo adicional para usted. Sin embargo, si usted debe cancelar o reprogramar su cirugía y usted requiere un reembolso procesado en su tarjeta de crédito, entonces debemos pasar a usted un nueve por ciento (9%) honorario de procesamiento para cubrir los impuestos estatales de franquicia y los cargos intermediarios.

Inicial

Firma del paciente (o representante legal)

Nombre escrito del paciente (y representante legal, si aplica)

Fecha

PERMISO PARA FOTOGRAFIAS

Por este medio autorizo a Plastic Eye Surgery Associates, PLLC,(PESA), a tomar fotografías de mí y mi condición médica o cosméticamente relevante para cualquiera o todos los siguientes usos:

- 1.) facilitar las conversaciones telefónicas con los médicos de PESA sobre mi condición.
- 2.) documentación de cualquier cambio en mi situación.
- 3.) documentación para los propósitos del seguro de las preocupaciones médicamente necesarias.

Adicionalmente, entiendo que tales fotografías, o partes de ellas recortadas como para ayudar a enmascarar mi identidad, pueden ser utilizadas para la enseñanza o la investigación clínica en cualquier Conferencia de formato de publicación sin ninguna remuneración para mí. Al firmar este formulario, libero la práctica médica de PESA de cualquier reclamo futuro, así como la responsabilidad derivada del uso de dichas fotografías, entendiéndolo que para proteger mi privacidad, las fotografías sin enmascarar y de cara completa no serán utilizadas en la publicación, a menos que se proporcione un consentimiento por escrito adicional.

Cualquier fotografía tomada por PESA sigue siendo la propiedad expresa de PESA como parte de mi expediente médico. Aunque, como el resto de mi expediente médico, tengo el derecho legal de obtener copias de la misma a petición escrita en consonancia con las leyes estatales y federales habituales y las políticas de pesa.

Firma del paciente (o representante legal)

Nombre escrito del paciente (si aplica, del representante legal)

Fecha

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PACIENTES QUE TOMAN MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES

Anticoagulantes, tales como la aspirina, el Coumadin, Plavix, y Lovenox son medicamentos poderosos que se prescriben para prevenir coágulos de sangre que amenazan la vida, responsables de ataques cardíacos, derrames cerebrales, derrames pulmonares y trombosis venosa profunda.

Sin embargo, el sangrado es una complicación potencial de cualquier cirugía, y las personas que toman anticoagulantes en el momento de su procedimiento o que tienen una presión sanguínea alta mal controlada tienen un mayor riesgo de desarrollar sangrado y complicaciones asociadas, como aumento de hematomas, fracaso de la cirugía e incluso pérdida de la visión o ceguera.

Pero, si deja de tomar el diluyente de la sangre antes de la cirugía para disminuir las probabilidades de sangrado, aumenta el riesgo de desarrollar coágulos de sangre que amenacen la vida.

Por lo tanto, si usted está en anticoagulantes y desea someterse a una cirugía, debe aceptar el mayor riesgo de una u otra de estas complicaciones: coágulos sanguíneos o sangrado.

Su cirujano y su médico/cardiólogo primario pueden ofrecerle consejos sobre los riesgos y beneficios relativos de suspender o continuar con los diluyentes de la sangre en el momento de la cirugía. Si usted todavía no ha recibido tal Consejo, es posible que desee hacerlo.

Adicionalmente, hay muchos otros medicamentos recetados y no recetados y suplementos que también afectan su coagulación y sangrado. Se ha proporcionado una lista parcial en su paquete de cirugía.

Nota: Si usted está tomando diluyentes de sangre, incluso si decide detener estos para su cirugía, no debe tomar las vitaminas anti-moretones que ofrecemos.

En el caso de que esté tomando diluyentes de la sangre (como aspirina, Plavix, Coumadin, como Lovenox) en el momento de cualquier cirugía, entiendo que la interrupción de estos medicamentos antes de la cirugía puede aumentar mi riesgo de tener un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular u otra amenaza para la vida coágulos de sangre. También entiendo que si continúo con mis adelgazantes de sangre a través de la cirugía, tengo un mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas que podrían resultar, en raras ocasiones, en la pérdida de la visión o la ceguera.

Firma del paciente (o representante legal)

Nombre escrito del paciente (si aplica, del representante legal)

Fecha

PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Entiendo que Plastic Eye Surgery Associates, PLLC (PESA) es una práctica médica innovadora y progresiva con una larga historia de desarrollo tanto de los avances estéticos y funcionales de atención médica para todas las personas en todo el mundo. A medida que PESA constantemente se esfuerza por mejorar la atención médica, a menudo se realizan varios estudios de investigación. Éstos caen en las tres categorías enumeradas abajo.

1. Sin-identificación, recopilación de datos general

Data may be collected from chart reviews and used to understand treatment overall outcomes or patient characteristics. Specific identifying data is never published. *A simple example of this type of study might be one that examines how long a specific upper eyelid procedure lasts before men or women of different ages seek additional treatment.*

Los datos se pueden recopilar de revisiones de archivos y se utilizan para entender los resultados generales del tratamiento o las características del paciente. Nunca se publican datos específicos de identificación. Un ejemplo simple de este tipo de estudio podría ser uno que examine cuánto tiempo un procedimiento específico del párpado superior dura antes de que hombres o mujeres de diferentes edades busquen tratamiento adicional.

2. Uso del tejido deshecho

Los tejidos obtenidos durante la cirugía que normalmente se descartarían (como la piel del párpado superior extirpada durante un procedimiento de blefaroplastia) podrían utilizarse en estudios de laboratorio. Un ejemplo simple de este tipo de estudio podría ser uno que examine la cantidad de colágeno de los párpados para comprender mejor los impactos del daño al sol y el envejecimiento en la piel de los hombres versus en las mujeres.

3. Disorder Modifying Therapy

When two different treatments are available, and it is not yet clear which is better, studies are sometimes performed where people are randomly assigned to one treatment or the other. If you are asked to participate in a study of this type, you will be given a separate, detailed consent form, explaining the nature of the study and the possible impact it might have on you. You will never be included in a study of this type without being given such information and obtaining your specific consent in advance of that study and treatment. *A simple example of this type of study might be one that examines whether using cold-compresses for two days after surgery results in less bruising and faster healing than using cold compresses for just one day.*

Having read and understood the above, I hereby grant permission to PESA to use my treatment data and/or otherwise discarded tissue in studies of the type described above under study types 1 and 2 without any further notification. Such information and/or tissue may be used for teaching, research, or publication purposes without any remuneration to me. I hereby release PESA from any liability or claims resulting from the use of such data and/or tissue. I understand that I will never be entered into a "Disorder Modifying Therapy" study without my express permission prior to treatment.

I understand that all studies conducted by PESA attempt to adhere to the World Medical Association's Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Details of this regularly updated document are available on the world-wide web at www.wma.net.

Signature of Patient (or legally responsible representative)

Printed Name of Patient (and legally responsible representative, if applicable)

Date

PROBLEMAS MEDICOS RECONSTRUCTIVOS QUE PODRIAN NO ESTAR CUBIERTOS POR SEGURO MEDICO

Entiendo que a pesar de que podría tener un problema médicamente importante, ciertas compañías de seguro de salud y planes específicos de seguro de salud pueden denegar la cobertura y el pago de mis visitas a la oficina y procedimientos correctivos en varias condiciones, incluyendo los siguientes:

- **Lesiones que ocurren en una residencia** – en la cual su compañía de seguro médico cree que el seguro del propietario debe proveer cobertura.
- **Lesiones relacionadas con un accidente automovilístico** – en la cual su compañía de seguro médico cree que el seguro de automóvil debe proporcionar cobertura.
- **Lesiones que ocurren en el lugar de trabajo o relacionadas con requisitos de trabajo** – en las cuales su compañía de seguro médico cree que la compensación de trabajadores debe proveer cobertura.
- **Lesiones resultantes de la cirugía cosmética** – un número cada vez mayor de compañías de seguro de salud están negando procedimientos reconstructivos en esta situación.
- **Lesiones relacionadas con el uso de sustancias (AB)** – algunas compañías de seguros de salud denegarán la cobertura en ciertas circunstancias por lesiones relacionadas con la ingestión excesiva de alcohol o el uso de sustancias farmacéuticas ilícitas.
- **Cláusula de exclusión preexistente** – algunas compañías de seguro de salud denegarán la cobertura por un período de tiempo (usualmente uno o más años) para problemas médicos que existían al momento de adquirir la cobertura de seguro. Estos problemas deben ser detallados en su contrato de atención médica personal y también deben estar disponibles en su compañía de seguros por teléfono.

Entiendo que soy personalmente responsable de una divulgación verdadera, exacta, y completa de mi historia médica y que cualquier información se comunique a Plastic Eye Surgery Associates, PLLC pasará a ser parte del expediente médico, completamente disponible para mi compañía de seguro de salud para su revisión a su solicitud o a cualquier Tribunal de los Estados Unidos sobre citación.

También entiendo que si por alguna razón (incluyendo, pero no limitado a lo anterior) mi plan de cuidado de salud de seguro niega cobertura por servicios de cirugía plástica de ojos asociados, PLLC, entonces soy el único responsable de honorarios incurridos y cualquier resolución de tales cuestiones con mi proveedor de seguro médico.

Patient/Representative Signature

Printed Name

Date

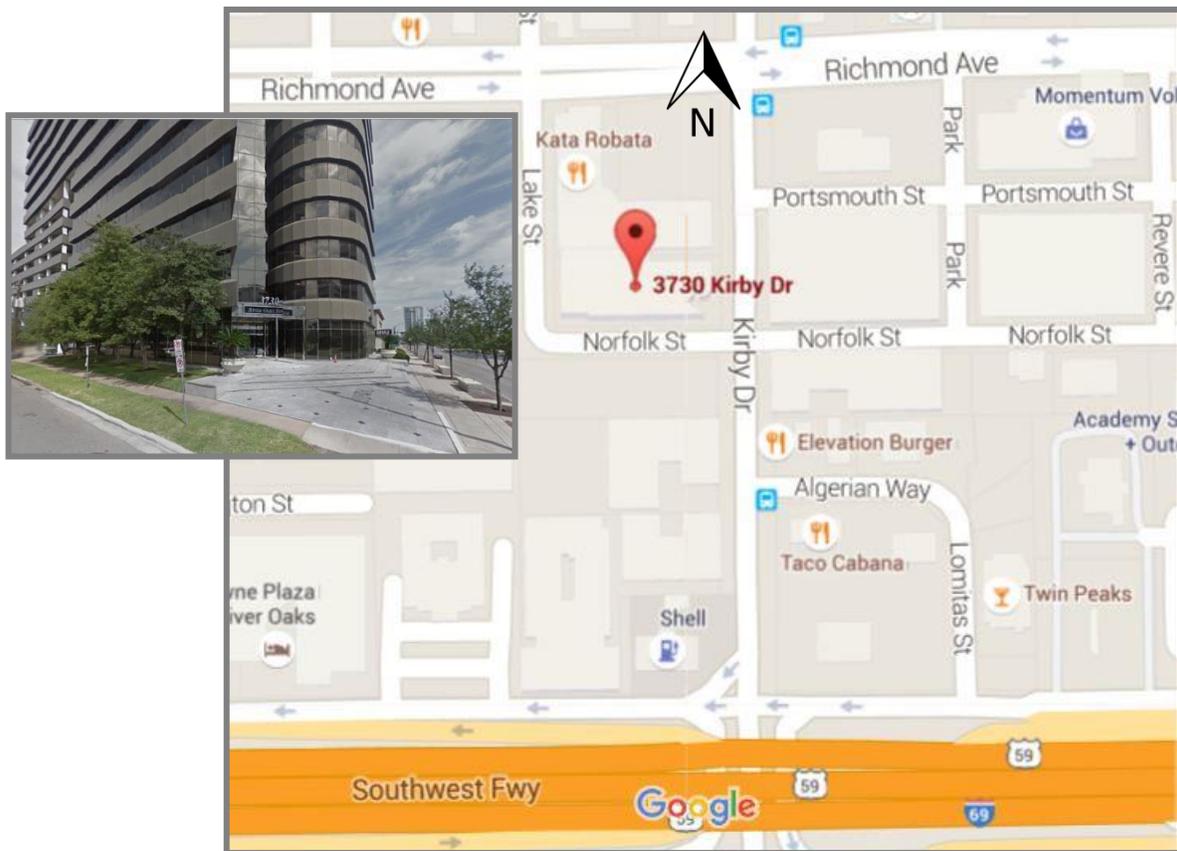
PLASTIC EYE SURGERY ASSOCIATES, PLLC

3730 Kirby Drive, Suite 900

Houston, TX 77098

Tel. 713/795-0705

Fax 713/807-0630



La entrada al estacionamiento se encuentra en la calle Norfolk Street. Puede estacionarse en cualquier piso. Entre el edificio y tome el elevador al 9º piso.

Rampas para silla de ruedas están disponibles en el 1er y 3er piso.