

MARINA PLASTIC SURGERY

4644 Lincoln Blvd., Suite 552 • Marina del Rey, CA 90292

310.827.2653 • Fax 310.823.1984

Conteste Todas Las Preguntas

Círcule Uno: Masculino / Femenino

Nombre _____ **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** _____
apellido primer nombre inicial de segundo nombre

Número de Seguro Social _____ **Número de Licencia de Conducir** _____

Domicilio _____
calle número de apt.

ciudad estado código postal

Casa () **Móvil** () **Empleo** ()

Mejor Número de Contacto (círcule uno) Casa / Móvil / Empleo

Correo Electrónico _____

Empleador _____ **Ocupación** _____

Domicilio de Empleador _____
calle ciudad estado código postal

Información de Persona Responsable/Suscriptor de Seguro (si es distinto del paciente). _____

Domicilio _____
calle ciudad estado código postal

Casa () **Móvil** () **Trabajo** ()

Empleador _____ **Ocupación** _____

Domicilio de empleador _____
calle ciudad estado código postal

¿Cómo se entero de nuestra oficina? (círcule uno): Internet / Folleto / Radio / Revista / Redes Sociales /

Favor de Indicar si fue Referido por: Amigo / Empleado / Paciente / Otro _____

Médico de Cabecera _____

Domicilio _____

Motivo de consulta (Indicar todo) _____

Declaración de Responsabilidad Financiera

Los servicios que ha elegido, implica una responsabilidad financiera de su parte. La declaración obliga que usted garantice el pago de nuestros honorarios. Si es aplicable e indicado, verificaremos cobertura de seguro como una cortesía hacia usted. Sin embargo, usted es responsable por el pago de su factura en su totalidad.

Firma de Paciente/Garante _____

Fecha _____

Reembolso de Seguro

Este formulario debe ser completado para verificar y facturar su compañía de seguros.

*** Secciones deben ser completadas si usted no es el suscriptor**

Nombre de Seguro Primario _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Estado Civil del Paciente (circule uno) Soltero(a) / Casado(a) / Otro

Situación de Empleo del Paciente (circule uno) Empleado / Estudiante de Tiempo Completo / Estudiante de Tiempo

Parcial

*Nombre del Suscriptor (si es distinto del paciente). _____

*Relación con el Paciente (circule uno) Cónyuge / Padre / Hijo / Otro _____

Número de Seguro Social del Suscriptor _____ * Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____

*Empleador /Escuela del Suscriptor _____

Nombre de Seguro Secundario _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Nombre del Suscriptor (si es distinto del paciente) _____

Relación con el paciente (circulo uno) Cónyuge / Padre / Hijo / Otro _____

Número de Seguro Social del Suscriptor _____ * Fecha de Nacimiento del Suscriptor _____

*Empleador /Escuela del Suscriptor _____

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE: ES POSIBLE QUE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS NO LE REEMBOLSARA TOTALMENTE PARA HOSPITALIZACIÓN O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS!

La mayoría de las pólizas de seguro de grupo se han modificado recientemente para incluir requisitos de certificación de preadmisión para hospitalizaciones y segunda opinión quirúrgica para procedimientos quirúrgicos seleccionados. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con cualquier requisitos de preadmisión o segunda opinión contenida en mi póliza de seguro. Comprendo que no hacerlo puede resultar en una reducción significativa en mis beneficios de seguro. Yo, el abajo firmante, he leído la póliza respecto a la responsabilidad financiera a Marina Plastic Surgery, por la presentación de servicios a mí o el paciente mencionada abajo. Certifico que la información proporcionada, es verda y exacto, según mi conocimiento,. Por la presente asigno a Marina Plastic Surgery todos los pagos por los cuales tengo derechos para gastos médicos o quirúrgicos relacionados con los servicios relacionados a mi enfermedad o lesión. Entiendo que soy financieramente responsable a dicho proveedor para cargos no cubiertos por esta asignación de beneficios. Una copia de asignación es tan válida como la original..

Paciente (Nombre de impresión)

Fecha

Firma del paciente

Garante/Suscriptor si el paciente es un menor (Imprima Nombre)

Fecha

Garante/Suscriptor firma (si el paciente es un menor).

Contrato entre Médico/Paciente de Optar Afuera de Medicare

Nombre del paciente:

"Médico" se entenderá ser a William Grant Stevens, M.D., Michelle A. Primavera, M.D., Cory Felber, Carla Lovato, Laura Pietrzak, Grant Stevens, M.D., Inc., Marina Plastic Surgery, Marina Outpatient Surgery Center y/o Comprehensive Skin Care. Este acuerdo es entre "Médico y/o el proveedor", cuyo lugar principal de negocios es: 4644 Lincoln Blvd., Suite 552, Marina del Rey, CA 90292 y el "paciente" y es un beneficiario de Medicare Parte B en busca de servicios cubiertos por Medicare Parte B de conformidad con la sección 4507 de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997. El médico ha informado al paciente que el médico ha optado fuera del programa Medicare, y no está excluido de participar en la parte B de Medicare en las secciones 1128, 1156, o 1892, o cualquier otra sección de la Ley de Seguridad Social. El médico se compromete a proveer servicios médicos generales al paciente. A cambio de los servicios, el paciente acepta hacer pagos al médico de conformidad con el actual plan de tarifas. (El horario del honorario incluye la mayoría, pero no todos, los servicios comunes.) **paciente también acepta, entiende y reconoce expresamente los siguientes:**

Por favor firme a continuación para confirmar su acuerdo:

- El paciente se compromete a no presentar una reclamación (o solicitar que el médico envíe una reclamación) para el programa de Medicare con respecto a los servicios, incluso si está cubierto por Medicare Parte B.
- El paciente no se encuentra actualmente en una situación de emergencia o urgente situación de atención de salud.
- El paciente reconoce que la tarifa de Medicare ni limitaciones ni cualquier otro reembolso de Medicare reglamentos se aplican a los cargos por los servicios.
- El paciente reconoce que Medi-Gap planes no permiten el pago o reembolso de los servicios porque el pago no se efectúa bajo el programa Medicare, y otros planes de seguro suplementario asimismo podrá negar el reembolso.
- El paciente reconoce que él/ella tiene derecho, como beneficiario de Medicare, para obtener elementos cubierto por Medicare y servicios de médicos y profesionales que no hayan optado de Medicare, y que el paciente no está obligado a entrar en contratos privados que se aplican a otros servicios cubiertos por Medicare, proporcionado por otros médicos o profesionales que no han optado por fuera.
- El paciente se compromete a ser responsable, ya sea a través de una compañía de seguros o de lo contrario, hacer el pago completo de los servicios, y reconoce que el médico no va a presentar una reclamación por los Servicios de Medicare y que ningún reembolso de Medicare será proporcionado.
- Paciente entiende que el pago de Medicare no será hecha por cualquiera de los elementos o servicios proporcionados por el médico que, de otro modo, se habrían sido cubiertos por Medicare si no hubo contrato privado y una correcta reclamación de Medicare fueron presentados.

Nombre del paciente (imprimir)

Fecha

Paciente o representante designado firma

Firma del médico

Fecha

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES POR CORREO ELECTRÓNICO/CORREO

Fecha De
Nacimiento: _____

Paciente: _____

Correo electrónico: _____

SSN: _____ Teléfono: _____

Tengo entendido que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, tengo el derecho de hacer solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de la información protegida de salud de Grant Stevens, M.D., Inc., Marina Plastic Surgery Associates, The Institute y Comprehensive Skin Care ("Práctica") por medios alternativos o en lugares alternativos. Al completar y firmar este formulario, estoy solicitando la práctica comunicarse conmigo a través del correo electrónico en la dirección antes mencionada.

Reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- He recibido y examinado el aviso "Información importante sobre el correo electrónico"; tuve la oportunidad de hacer preguntas y tuve esas preguntas contestadas a mi satisfacción; y comprendo la información contenida en el anuncio.
- A pesar de la posibilidad de que mi sistema de correo electrónico puede no ser seguro o encriptado y no hay garantías de confidencialidad, doy mi consentimiento a la práctica comunicarse conmigo a través del correo electrónico.
- La dirección de correo anterior es exacta y es mi responsabilidad de actualizar la práctica de cualquier cambio.
- Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento por medio de una notificación por escrito a la práctica.

Favor de marcar las formas en las que usted da su consentimiento para nosotros comunicarnos con usted:

*La mejor hora para llamar Ejemplos: mañana, por la tarde, durante el día, por la noche, sólo de emergencia, no llame o no deje un mensaje

Método	Podemos dejar un mensaje en buzón?	Podemos dejar un mensaje con otra persona?	Método de contacto preferido(s)	Mejor Momento Para llamar*
<input type="checkbox"/> Llamar teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	AM/PM / Ninguna
<input type="checkbox"/> Llamar teléfono celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	AM/PM / Ninguna
<input type="checkbox"/> Llamar teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	AM/PM / Ninguna

Podemos enviar mensajes de correo electrónico ?

- Recordatorios de citas Sí No
- Información Médica/comunicar con personal Sí No
- Oficina de Correo/Noticias Ofertas Sí No

Podemos enviarle correo regular? Sí No

Podemos enviar un mensaje de texto para los recordatorios de la cita? Sí No

-Si la respuesta es sí, por favor lista de telefonía celular (por ejemplo; AT&T)

Por favor liste su **contacto de emergencia(s)**:

Nombre	Relación	Número de contacto

(FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL)

Fecha

Nombre impreso

Autoridad DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Información importante sobre el correo electrónico

Este aviso describe los riesgos asociados con el correo electrónico sin cifrar. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

RIESGOS DE SEGURIDAD

La mayoría de los proveedores de correo electrónico, como Gmail, Yahoo, Hotmail, etc. no proporcionan un seguro o medios de comunicación cifrada. Como resultado, existe el riesgo de que cualquier información de salud protegida contenida en un mensaje de correo electrónico puede ser revelada a, o interceptada por terceros no autorizados. Además, los mensajes de correo electrónico accesible a través de ordenadores personales, portátiles o teléfonos tienen riesgos de privacidad inherentes, especialmente cuando es la cuenta de correo electrónico proporcionada por el empleador, cuando la cuenta no está protegida con contraseña, o que la cuenta es compartida. El uso de comunicaciones más seguras, tales como teléfono, fax o correo postal es la preferida y siempre una alternativa disponible.

RESPONSABILIDAD

A la hora de autorizar el uso del correo electrónico a través de tales sistemas inseguras o sin cifrar, estás aceptando la responsabilidad de cualquier divulgación o acceso no autorizado a la información protegida de la salud contenidas dentro del mensaje. La práctica no será responsable por el acceso no autorizado a información de salud protegida durante la transmisión y no será responsable de la salvaguarda de la información una vez que se ha entregado. La práctica tomará medidas para asegurar que cualquier mensaje de correo electrónico con la información protegida de la salud está protegido antes de ser enviado a la dirección solicitada y utilizará la cantidad mínima necesaria de información protegida de salud cuando se comunica con usted.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Es importante entender que los mensajes de correo electrónico no será usado para reemplazar o facilitar las comunicaciones entre usted y su médico y no serán consideradas comunicaciones privadas. No existe ninguna garantía de que la práctica será activamente en el seguimiento de la bandeja de entrada para las respuestas y las respuestas enviadas o recibidas por usted o por la práctica puede tardar horas o días de diferencia. Los mensajes de correo electrónico puede ser omitida inadvertidamente o errores en las transmisiones pueden ocurrir. La práctica no será responsable de los problemas causados por los retrasos en las comunicaciones. Si usted tiene una necesidad inmediata o una situación de emergencia, debe ponerse en contacto con la práctica por teléfono o marcar el 9-1-1 si procede. Práctica personal será utilizado para vigilar la bandeja de entrada para poder directo o responder a las comunicaciones recibidas. Por lo tanto, cualquier información considerada sensible no deben incluirse en sus comunicaciones.

En la discreción de la práctica, cualquier mensaje de correo electrónico recibido o enviado puede convertirse en parte de su historial médico.

Guarde sus registros

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN
LA FAMILIA Y LOS AMIGOS**

La información de salud protegida es información acerca de usted, incluyendo información demográfica que pueda identificarlo y que se relacione con su pasado, presente o futura salud física o salud mental o condición, y con servicios relacionados de salud. Como es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), Grant Stevens, M.D., Inc., Marina Plastic Surgery Associates, The Institute y Comprehensive Skin Care ("Práctica") ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo se puede usar y revelar su información médica privada. Es importante comprender que cualquier uso o divulgación fuera de esas circunstancias descritas en el anuncio se hará **sólo con su autorización por escrito incluyendo la mayoría de las revelaciones a familiares o amigos**. Esto significa que no vamos a revelar información a una persona, a pesar de su relación con usted a menos que usted específicamente ha autorizado a recibir dicha información. Por lo tanto, esta autorización deberá ser completado para identificar aquellos individuos que estarán autorizados a recibir información sobre su atención médica.

AUTORIZACIÓN

Autorizo la práctica para revelar mi información médica protegida a los individuos que se indican a continuación (*Especificar nombre, información de contacto y de relación si procede*):

Nombre	Relación	Número de contacto

La información que puede ser revelada a los mencionados individuos incluye:

- Toda mi información médica protegida
- Sólo información relativa a (*especificar como citas, pagos, etc.*): _____
- Sólo información relativa al período de tiempo desde: _____ A _____
- Otros (*especificar*): _____

Esta autorización estará en pleno efecto y vigor durante dos años, salvo que se indique lo contrario a continuación.

Fecha de vencimiento: _____

La información médica protegida está siendo divulgada con el siguiente propósito (*escribir "a petición mía" si no hay un propósito específico o si no desea especificar el propósito*):

Entiendo que tengo el derecho de revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento, mediante el envío de dicha notificación por escrito al Funcionario de Privacidad de práctica. Entiendo que la revocación no es eficaz en la medida en que la práctica se ha basado en el uso o la revelación de su información médica protegida o si mi autorización fue obtenida como una condición para obtener la cobertura del seguro y el asegurador tiene derecho a impugnar una reclamación.

Yo entiendo que, salvo disposición en contrario en la presente autorización, la práctica puede usar o divulgar la información médica protegida de conformidad con la práctica de la notificación de prácticas de privacidad.

Entiendo que mi información médica protegida revelada por esta autorización podrá estar sujeta a volver a divulgar por el destinatario y que ya no pueden ser protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos u otras leyes o reglamentos aplicables.

Entiendo que la práctica no condicionará mi tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios a que me dé autorización para el uso o divulgación solicitada, excepto: (1) Si mi tratamiento está relacionada con una investigación, o (2) servicios de atención de salud son prestados a mí solamente para el propósito de la creación de información médica protegida para revelar a un tercero.

(FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL)

FECHA

NOMBRE IMPRESO

AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL (SI PROCEDE)

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO**

Reconozco y estoy de acuerdo que me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Grant Stevens, M.D., Inc., Marina Plastic Surgery Associates, Marina Outpatient Surgery Center, The Institute, Comprehensive Skin Care y Marina Dermatology Associates que describe cómo mi información protegida de la salud debe ser protegido y mis derechos al acceso y control de dicha información. Reconozco y estoy de acuerdo que he revisado el Aviso de Prácticas de privacidad en su totalidad y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el uso o la divulgación de mi información de salud protegida y mis derechos asociados. Reconozco y estoy de acuerdo que he tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción.

(FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL)

FECHA

NOMBRE IMPRESO

AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL (SI PROCEDE)

SÓLO PARA USO INTERNO

HAREMS UN ESFUERZO DE BUENA FE PARA OBTENER UN RECONOCIMIENTO POR ESCRITÓO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PROPORCIONADOS A CADA PACIENTE. SI EL PACIENTE NO DESEA O ES INCAPAZ DE FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO, LOS ESFUERZOS DE BUENA FE PARA OBTENER TAL RECONOCIMIENTO Y LA RAZÓN POR LA QUE EL RECONOCIMIENTO NO FUE OBTENIDA DEBE SER DOCUMENTADA.

RAZÓN:

**Política de Cancelación
Para
Procedimientos de oficina y/o cirugía**

Tomamos orgullo en la correspondiente reservación de la fecha y hora de procedimiento. Nuestra prioridad es programar procedimientos que pueden ser atendidas con el mayor cuidado.

Póliza de procedimientos no quirúrgicos:

- Pago de cierros procedimientos no quirúrgicos serán tomadas en el momento de programar para asegurar su cita (es decir...Thermacool)
- Las cancelaciones de tres (3) días antes de su procedimiento(s) tendrá como resultado un cargo a su cuenta de un 50% de dicho procedimiento (incluyendo Thermage, procedimientos láser, inyectables, maquillaje permanente, faciales, etc.).
- Cancelaciones (o simplemente no presentarse) el mismo día del procedimiento, tendrá como resultado un cargo a su cuenta de 100% de ese procedimiento.
- Tratamientos programados en paquetes de prepago tendrán como resultado un débito del tratamiento de la serie si la cita es cancelada dentro de 3 días.
- Todos los saldos deben ser pagados antes de la programación de las próximas citas.

Con respecto a la programación de la cirugía, esto requiere una cuidadosa planificación y coordinación entre nuestras oficina, el Centro Quirúrgico y su personal de quirófano, así como su anesthesiólogo, si procede. Además, la instrumentación médica especial está preparado y esterilizado para cada procedimiento individual. Por lo tanto, por favor, comprenda la importancia de respetar nuestra póliza de cancelación "tres semanas" que implica lo siguiente:

- Cancelación 15-21 días antes de la fecha del procedimiento resultará en una pérdida de 25% de todos los honorarios
- Cancelación 8-14 días antes de la fecha del procedimiento resultará en una pérdida de 35% de todos los honorarios
- Cancelación 7 días o menos de la fecha del procedimiento resultará en la pérdida de 50% de todos los honorarios
- Cancelación 1 día o menos de la fecha del procedimiento resultará en la pérdida del 100% de todos los honorarios

El pago de la cirugía (que incluye los honorarios del cirujano, el quirófano, y los de anestesia) debe ser recibido en su totalidad por cheque o tarjeta de crédito, tres (3) semanas antes de la fecha de su cirugía. Esto valdría también para cualquier instalación de cuidados post-operatorios, en el caso de que había reservas.

Gracias por su colaboración y comprensión a este asunto,
W. Grant Stevens, MD, FACS-Director Médico

He leído, entiendo y acepto las políticas antes mencionadas.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

LEA CUIDADOSAMENTE
ACUERDO EN CUANTO A LA RESOLUCIÓN DE PREOCUPACIONES

"Yo", "Paciente/Guardián" se entenderá representar _____.

NOMBRE DEL PACIENTE O GUARDIÁN

"Médico" se entenderá representar a William Grant Stevens, M.D., Luis H. Macias, M.D., Cory Felber, PA-C, Carla Crespo, PA-C, Rachael Martínez, Ann Yacullo Paulette McNeely, Grant Stevens, M.D., Inc., Marina Plastic Surgery Associates, Marina Outpatient Surgery Center, The Institute, Comprehensive Skin Care o Marina Dermatology Associates.

Entiendo que estoy entrando en una relación contractual con el médico para atención profesional. Además entiendo que reclamaciones sin mérito y frívolas por negligencia médica tienen un efecto adverso sobre el costo y la disponibilidad de atención médica a los pacientes y puede resultar en un daño irreparable a un proveedor. Como consideración adicional para los profesionales de los cuidados prestados a mí por el médico, yo, el paciente/guardián, estoy de acuerdo a no iniciar o adelantar, directa o indirectamente, reclamaciones sin mérito o frívolas de negligencia médica contra el médico.

Debo, el paciente/guardián, iniciar o proseguir una reclamación de meritorio negligencia médica contra el médico, estoy de acuerdo en utilizar como testigos expertos (con respecto a las cuestiones relativas a la atención estándar), sólo los médicos que son certificados por el Concejo Americano de Cirugía Plástica. Además, estoy de acuerdo en que estos médicos retenidos por mí o en mi nombre para ser un testigo experto serán miembros de pleno derecho de la sociedad de especialidad médica de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica Estética. Estoy de acuerdo en que el experto será obligado a respetar el código de ética definido por la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos.

Estoy de acuerdo en exigir a cualquier abogado o medico contratado por mi mismo o en mi nombre como testigo experto esten de acuerdo con estas disposiciones.

En concideración adicional, el médico se compromete a exactamente las mismas estipulaciones antes mencionadas.

Cada parte acepta que una conclusión por una sociedad de especialidad que ofrezca el debido proceso a un experto será tratado como apoyar o refutar la evidencia de una reclamación sin mérito o frívolas.

Paciente/Guardián y el médico aceptan que este acuerdo es vinculante para ellos individualmente y sus respectivos sucesores, cesionarios, representantes, representantes personales, cónyuges y otros familiares.

Paciente/Guardián y el médico acepta que estas disposiciones se aplican a cualquier reclamación por negligencia médica tanto basado en una teoría del contrato, negligencia, batería o cualquier otra teoría de la recuperación.

Paciente/Guardián reconoce que él/ella se le ha dado amplia oportunidad para leer este acuerdo y hacer preguntas acerca de él.

Firma del paciente/guardián

Firma del médico

Efectivo desde la fecha de tratamiento

Fecha de firma

NOMBRE _____ **FECHA** _____

FECHA DE SU ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO _____ **PESO** _____ **ESTATURA** _____

CIRUGÍA (OPERACIONES Y CIRUGÍA ESTÉTICA)

TIPO	FECHA	COMPLICACIONES O DIFICULTADES
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

PROBLEMAS MÉDICOS O CONDICIONES QUE ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO

EXPLICAR _____

HOSPITALIZACIONES

RAZÓN	FECHA	COMPLICACIONES O DIFICULTADES
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

MEDICAMENTOS, VITAMINAS O SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS QUE USTED TOMA AHORA

TIPO	DOSIS/CANTIDAD SI CONOCIDO	FRECUENCIA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

EL CONSUMO DE LAS SIGUIENTES

ASPIRINA _____ CANTIDAD DIARIA _____ CANTIDAD SEMANAL _____
ALCOHOL _____ CANTIDAD DIARIA _____ CANTIDAD SEMANAL _____
TABACO _____ CANTIDAD DIARIA _____ CANTIDAD SEMANAL _____
OTROS _____ CANTIDAD DIARIA _____ CANTIDAD SEMANAL _____

PROBLEMAS DE SANGRADO

¿TENER MORETONES O SANGRAR CON FACILIDAD? Sí No (CON CORTADAS / EXTRACCIONES DENTARIAS / EMBARAZO / CIRUGÍA)
EXPLICAR _____
¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS DE SANGRADO? EXPLICAR _____

DIFICULTADES CON ANESTESIA GENERAL O LOCAL

EXPLICAR _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? Sí No

ESTÁ USTED EMBARAZADA? Sí No

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ , O HA SIDO EXPUESTO(A) (CIRCULE SÍ O NO).

Sí	No	DROGAS INTRAVENOSAS.	Sí	No	HEPATITIS
Sí	No	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Sí	No	VIH / SIDA
Sí	No	TUBERCULOSIS	Sí	No	TRASPLANTE DE HÍGADO

SI LA RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA EXPLICAR _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Por FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") es una ley federal que requiere que toda la información protegida de la salud utilizada o divulgada por Grant Stevens, M.D., Inc., Marina Plastic Surgery Associates, el Instituto, el cuidado de la piel integral y Marina Dermatology Associates ("") en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel, o verbalmente, son confidenciales. La información de salud protegida es información acerca de usted, incluyendo información demográfica que pueda identificarlo y que se relacione con su pasado, presente o futura salud física o mental o condición, y con servicios relacionados de salud ("PHI"). Como es requerido por la ley HIPAA, este Aviso de Prácticas de Privacidad ("**Aviso**") describe cómo la práctica es necesaria para mantener la confidencialidad de su PHI y cómo se puede utilizar y divulgar su PHI. También describe sus derechos al acceso y control de su PHI.

Uso y divulgación de su PHI

Su PHI está sujeta a la utilización o divulgación por la práctica de los médicos, el personal de oficina, empleados u otros terceros que están involucrados en su cuidado y tratamiento, incluyendo la divulgación electrónica. Es la práctica de la responsabilidad de garantizar que todos los usos o revelaciones se hacen de conformidad con HIPAA y como se verá más adelante en este Aviso.

Las divulgaciones requeridas: La práctica es necesaria para divulgar su PHI a usted directamente cuando lo solicite de conformidad con los derechos que se describen a continuación o el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando la investigación o la determinación de la práctica del cumplimiento de HIPAA.

NO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN

Tratamiento: La práctica de utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su cuidado de salud y otros servicios afines. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con un tercero, la Consulta entre médicos relacionados con su atención, o su remisión para la atención de la salud a otro médico. Por ejemplo, su PHI puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para brindarle la atención adecuada o a una farmacia para llenar una prescripción.

Pago: La práctica de utilizar y divulgar su PHI, según sea necesario, lo que se refiere al pago de sus servicios de atención de salud. Esto puede incluir la obtención de información acerca de los reembolsos por los servicios de atención de la salud que usted está recibiendo, confirmando la cobertura o cantidades de co-pago bajo su plan de salud, facturación y cobro de usted, de una compañía de seguros o una tercera parte de sus servicios de atención a la salud, o la obtención de precertificación o autorización previa para determinados servicios de atención de la salud. Por ejemplo, la práctica puede enviar una reclamación de pago a su compañía de seguros y que la reclamación puede contener PHI como un código que describe su diagnóstico o tratamiento médico.

Las operaciones del cuidado de la salud: La práctica de utilizar y divulgar su PHI, según resulte necesario, a fin de apoyar las operaciones empresariales de la práctica. Estas actividades incluyen pero no se limitan a, las actividades de evaluación y mejora de la calidad, las funciones de auditoría, análisis, gestión de los costes o de formación. Por ejemplo, la práctica puede usar o revelar su PHI durante una auditoría de su sistema de facturación o de cumplimiento de la HIPAA. Además, la práctica puede utilizar una hoja de firmas en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme con su nombre. La práctica también pueden llamar por nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. La práctica puede también ponerse en contacto con usted para proveer recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su salud que pueden ser de interés para usted. La práctica puede también ponerse en contacto con usted para fines de recaudación de fondos de la práctica que usted tendrá la oportunidad de "opt-out".

Asociados de negocios: La práctica de utilizar y divulgar su PHI, según resulte necesario, para asociados de negocios. Hay algunos servicios proporcionados en la práctica a través de contratos con socios de negocios (es decir, la práctica puede divulgar su PHI a una empresa que las facturas las compañías de seguros en la práctica su nombre para permitir que la empresa para ayudar a obtener el pago por los servicios de salud proporcionados). Para proteger su PHI la práctica requerirá de sus asociados de negocios que protejan adecuadamente la información.

Otros usos o divulgaciones: La práctica puede también revelar su PHI para los siguientes propósitos adicionales sin su autorización: cuando sea requerido por la ley (Estatuto, aplicación de la ley, orden judicial o administrativo); para las actividades de salud pública (para la salud pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidad, abuso o abandono infantil, etc., como requerido por la ley); cuando existe la creencia de que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia

doméstica; para las actividades de vigilancia de la salud (a organismos públicos o autoridades judiciales encargada de supervisar el sistema de atención de la salud, programas de gobierno en la cual la información es necesaria para determinar la elegibilidad o el cumplimiento, o para hacer valer los derechos civiles); para procedimientos judiciales o administrativos (de acuerdo con una orden judicial o citación Si se reciben garantías); para fines de aplicación de la ley; a los directores de funerarias, médicos forenses, o a organizaciones de obtención de órganos; de investigación; si hay una creencia de una grave amenaza para la salud y la seguridad; para ciertas funciones esenciales de gobierno (seguridad nacional, militares, etc.); para cumplir con compensación de trabajadores; y como parte de un conjunto de datos limitado en virtud de un acuerdo de uso de datos de investigación, salud pública u operaciones de cuidado de la salud. (página 1 de 2).

SE REQUIERE AUTORIZACIÓN

Cualquier uso o divulgación fuera del alcance anteriormente descritas serán hechos solamente con su autorización por escrito. La mayoría de usos o divulgaciones de notas de psicoterapia, y de su PHI para propósitos de comercialización y venta de PHI requiere autorización. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, y la práctica es necesaria para respetar y acatar esa revocación, salvo en la medida en que ya ha tomado acciones contando con su autorización.

Tus derechos de PHI

Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de este aviso y puede ejercer cualquiera de los derechos que se describen a continuación poniéndose en contacto con la práctica y solicitar hablar con el Oficial de Privacidad.

Usted tiene el derecho de realizar las solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud protegida en la práctica por medios alternativos o en lugares alternativos.

Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en los usos y revelaciones de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud, o de accesos a los miembros de la familia, otros parientes, amigos, personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted. En general, la práctica no está legalmente obligado a aceptar una restricción solicitada. Sin embargo, si la solicitud se hace para restringir la divulgación de un plan de salud a los efectos de realizar el pago o las operaciones del cuidado de la salud y el PHI se refiere únicamente a un producto sanitario o servicio para el que tendrá que pagar de su bolsillo, en su totalidad, la práctica está jurídicamente obligado a aceptar la restricción solicitada.

Usted tiene el derecho de leer u obtener una copia de su PHI o elegir para obtener un resumen de su PHI en lugar de una copia. Hay algunas razones por las que la práctica puede negar tal solicitud que será entregado a usted por escrito indicando el motivo. Si un resumen o una copia de su PHI está prevista, puede que tenga que pagar una tarifa razonable.

Usted tiene el derecho a solicitar la práctica de modificar o corregir su PHI en la medida legalmente y éticamente permisibles. Si la práctica deniega la solicitud, lo hará por escrito y usted tendrá la posibilidad de presentar una declaración de desacuerdo. Usted también tiene el derecho de enmendar sus registros por proporcionarnos una adición por escrito con respecto a cualquier artículo o declaración en su expediente que usted cree que sea incompleta o incorrecta (limitado a 250 palabras por presunto elemento incompleta o incorrecta).

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones de su PHI por la práctica en los últimos seis años, pero no incluirá ciertas revelaciones incluidos los realizados para el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud donde usted específicamente autorizado un uso o de la divulgación.

Quejas

Usted recurrir si usted siente que la confidencialidad de su PHI ha sido violado. Si usted cree que ha habido una violación, usted tiene el derecho de presentar una denuncia por presentar su queja por escrito por correo electrónico a la dirección anterior o por fax en el número anterior. También puede ponerse en contacto con la práctica directamente por teléfono. Para todas las quejas, por favor pedir o dirigir la atención a la Oficial de Privacidad. No habrá represalias por presentar una queja. Usted también puede presentar una queja con o póngase en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles en: Oficina de Derechos Civiles, DHHS, IX Región por correo en 90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, California 94013, por teléfono al (415) 437-8310 o (415) 437-8311 (TDD), o por fax al (415) 437-8329.

Fecha efectiva

La práctica es requerida por la ley a mantener la confidencialidad de su PHI para proporcionarle un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI, y notificar a los individuos afectados tras una infracción de su PHI no segura. Este aviso es efectivo a partir del 1 de noviembre de 2013. La práctica se reserva el derecho a cambiar los términos de esta notificación y a hacer cualesquiera cambios o modificaciones efectivas para todas las PHI que mantiene. La práctica se publica periódicamente a partir de tiempo al tiempo, y usted puede solicitar una copia por escrito de cualquiera de las versiones actualizadas de este aviso.

(página 2 de 2).