



ORLANDO

PLASTIC SURGERY ASSOCIATES

Por favor, ayúdenos con la siguiente información: (para menores de edad, por favor utilice el siguiente formulario)

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE					
Fecha de Hoy		Motivo de la Visita			
Título	Nombre	Medio	Apellido	Apodo	
Dirección			Ciudad	Estado	
Código Postal	Fecha de Nacimiento	Edad	Seguro Social #	Género	
Dirección de Correo Electrónico			Licencia de Conducir #	Estado de Emisión	
Teléfono del Hogar		Teléfono Celular		Teléfono de Trabajo	
Empleador		Ocupación			
Estado Civil:				<input type="checkbox"/> Paciente Nuevo	
<input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Separada/o				<input type="checkbox"/> Paciente Existente	
Idioma primario:		Origen Étnico:			
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino			
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro:			
¿Cómo te enteraste de nosotros?					
<input type="checkbox"/> Paciente Existente <input type="checkbox"/> Referido (_____) <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Por favor, ayúdenos con la siguiente información: (solo complete si el paciente es menor de edad)

INFORMACIÓN PERSONAL DEL MENOR					
Nombre del Niño		Medio	Apellido del Niño		Nickname
Fecha de Nacimiento	Edad		Género:		
Idioma primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Origen Étnico: y: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____			
INFORMACIÓN PERSONAL DEL PADRE					
Título	Nombre	Medio	Apellido	Apodo	
Dirección			Ciudad	Estado	
Dirección de Correo Electrónico			Licencia de Conducir #		Estado de Emisión
Teléfono del Hogar	Teléfono Celular		Teléfono de Trabajo		
Empleador		Ocupación			
INFORMACIÓN PERSONAL DE LA MADRE					
Título	Nombre	Medio	Apellido	Apodo	
Dirección			Ciudad	Estado	
Dirección de Correo Electrónico			Licencia de Conducir #		Estado de Emisión
Teléfono del Hogar	Teléfono Celular		Teléfono de Trabajo		
Empleador		Ocupación			
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE					
Jefe de Familia o Padre con Custodia de Menor:				Relación:	
Dirección			Ciudad	Estado	
Teléfono del Hogar	Teléfono Celular		Teléfono de Trabajo		

En caso de emergencia, autorizo al proveedor a ponerse en contacto con las siguientes personas: (llenar esto permite la divulgación de su información médica según sea necesario).

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA		
Nombre		Relación:
Teléfono del Hogar	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo
Nombre		Relación:
Teléfono del Hogar	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo

Si tiene que ver con accidentes, complete lo siguiente

DETALLES DEL ACCIDENTE		
Fecha del Accidente	Hora	¿Están involucrados procedimientos legales en estas visitas?
Describir cómo ocurrió el accidente		
Nombre de la Compañía de Seguros	¿Cómo planea pagar esta visita? <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito	

Por favor, salte si no está pasando por una compañía de seguros.

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
Compañía de Seguros Primarios		Información de la compañía de seguros secundarios	
Id. de Póliza #	Grupo #	Id. de Póliza #	Grupo #
Nombre del Grupo		Nombre del Grupo	
Partido Asegurado		Partido Asegurado	
Fecha de Nacimiento	SS #	Fecha de Nacimiento	SS #
Relación		Relación	
Empleador Asegurado		Empleador Asegurado	
		Nombre del ajustador de seguros e información de contacto:	

SERVICIOS RELACIONADOS CON SEGUROS

El paciente es responsable de todos los honorarios, sujeto a los requisitos de seguro individuales. Aceptamos el pago en forma de efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Cuando se aplique la cobertura de seguro, nuestra oficina completará los formularios necesarios (utilizando la información que usted provee) para acelerar los pagos del seguro. Puede ser necesaria la autorización previa de los servicios (especialmente la cirugía) y la pre-verificación de la cobertura. Dependiendo de la cobertura del seguro, se le pedirá que pague montos deducibles, copagos y cargos por servicios no cubiertos.

Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar esta reclamación y también autorizo el pago de beneficios médicos al médico. Por la presente autorizo a Orlando Center for Advanced Plastic Surgery, LLC dba Orlando Plastic Surgery Associates a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamiento y por la presente asigno a los médicos todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

SERVICIOS NO RELACIONADOS CON EL SEGURO

El paciente es responsable de todos los honorarios por todos y cada uno de los servicios prestados por nuestros médicos. Acepto pagar por todos los servicios prestados por mi médico según la política de la oficina del Centro de Cirugía Plástica Avanzada de Orlando, LLC dba Orlando Plastic Surgery Associates.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

PÓLIZA DE PAGO SIN COBERTURA DE SEGURO

Orlando Center for Advanced Plastic Surgery, LLC dba Orlando Plastic Surgery Associates y los médicos y/o veterinarios médicos que trabajan para esta práctica se consideran "cirujanos plásticos y reconstructivos de práctica privada". Esta oficina no recibe subsidio o financiamiento del estado de Florida para atender a los pacientes que no están asegurados.

Sin duda le daremos tratamiento en cualquier situación de emergencia o si estamos de guardia para la sala de emergencias, tenga o no seguro y proporcione el mismo nivel de atención de alta calidad independientemente del estado del seguro.

Sin embargo, reservamos el derecho de facturarle por nuestros servicios. Si no tiene cobertura de seguro médico para su condición, sigue siendo su responsabilidad hacer arreglos de pago para su tratamiento.

Consulte con nuestro gerente de oficina con respecto a cuáles serán los costos esperados para su tratamiento y/o su cirugía. Estamos dispuestos a trabajar con usted y negociar acuerdos de pago en un plazo que sea manejable para su situación.

Por favor entienda que no es posible para nosotros extender la atención de caridad a todos los pacientes que entran por nuestra puerta. Es muy caro realizar una práctica médica y se espera algún tipo de pago por los servicios que recibe.

He leído y entiendo la política de pago y acepto acatar las directrices:

Nombre del Paciente : _____ Fecha: _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

RUTINA DIARIA

¿Fuma cigarrillos? <input type="checkbox"/> No (Continúe a la siguiente) <input type="checkbox"/> Sí	¿Renunciaste? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de salida:	Años Fumando:	Paquetes al Día
Otros Productos de tabaco: <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Tabaco rapé <input type="checkbox"/> Masticar Tabaco <input type="checkbox"/> Vaporización				
¿Bebe alcohol? <input type="checkbox"/> No (Continúe a la siguiente) <input type="checkbox"/> Sí	Bebidas por Semana:	Cerveza: <input type="checkbox"/>	vino: <input type="checkbox"/>	Licor: <input type="checkbox"/>
¿Bebe bebidas con cafeína? <input type="checkbox"/> No (Continúe a la siguiente) <input type="checkbox"/> Sí	Bebidas por Día:	Café: <input type="checkbox"/>	Té: <input type="checkbox"/>	Soda: <input type="checkbox"/>
¿Marihuana o drogas recreativas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Uso de Agujas para Inyectar Drogas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
¿Hace ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> No (Continúe a la siguiente) <input type="checkbox"/> Sí	En Caso Afirmativo, Sírvase Explicar:			
¿Dieta Especial? <input type="checkbox"/> No (Continúe a la siguiente) <input type="checkbox"/> Sí	En Caso Afirmativo, Sírvase Explicar:			

HISTORIA SOCIAL

Ocupación (o ocupación previa):	Empleador:
Número de Niños:	Edades si Son Menores de 18 Años:
¿Quién vive en casa contigo?	

SALUD DE LAS MUJERES

Posibilidad de que esté embarazada: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Número de embarazos:	Número de nacimientos:
Fecha del último período menstrual:	Comenzó la menstruación de la edad:	La menstruación de la edad terminó:
¿Estás amamantando? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Te has hecho una mamografía? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, fecha de la última:

Enumere qué miembro de la familia junto a la enfermedad afectada:

HISTORIA FAMILIAR			
Enfermedad	Miembro de la Familia	Enfermedad	Miembro de la Familia
Enfermedad Cardíaca		Trastornos Endocrinos	
Cáncer (especificar)		Trastornos Autoinmunes	
Diabetes		Problemas de Anestesia	
Derrame Cerebral		Hipotermia Maligna	
Presión Alta		Enfermedad Pulmonar	
Trastorno por sangrado o coagulación		Enfermedad Hepática	
Hemofilia		Hepatitis	
Enfermedad de Von Willebrand		Nefropatía	
Otro:		Otro:	

Por favor, seleccione los síntomas persistentes que ha tenido en los últimos meses. Si tiene síntomas que no aparecen en la lista, por favor enumere en la página siguiente.

FACTORES GENERALES DE SALUD

General

- Pérdida/Aumento de Peso
- Fatiga/Debilidad Inexplicables
- Fiebre/Escafofríos
- Quedarse Dormido Cuando está
- Sentado (durante el día)

SIN PROBLEMAS

Neurológico

- Migrañas
- Convulsiones
- Cambio de Desequilibrio Químico
- Cambios en la Memoria
- Problemas con el equilibrio
- Derrame Cerebral
- Lesión nerviosa o entumecimiento
- Atención psiquiátrica
- Trastorno del Sistema Nervioso
- Polio o Enfermedad Neuromuscular
- SIN PROBLEMAS**

Respiratorio

- Resfriados frecuentes
- Asma
- Bronquitis o enfisema Tos
- crónica/sibilancias Ronquidos
- fuertes
- Respiración alterada durante el
- sueño

SIN PROBLEMAS

Digestivo

- Estreñimiento
- Úlceras
- Hernia hiato
- Acidez estomacal frecuente
- Vómitos de sangre
- Enfermedad hepática o hepatitis
- Ictericia
- Defecación Alquitrana
- Sangre en las Deposiciones
- SIN PROBLEMAS**

Endocrino

- Diabetes
- Problemas de la Tiroides
- SIN PROBLEMAS**

Cabeza/Ojos/Oídos/Nariz/Garganta

- Glaucoma
- Lentes de Contacto
- Visión Borrosa/Doble
- Sonando en Oídos
- Audífono
- Ronquera por más de 1 mes
- Rigidez en el Cuello
- Dentaduras Postizas o Placas Parciales
- Diente Tapado
- Dientes Suelos/ Astillados
- Dificultad para tragar
- Dificultad para Abrir la Boca por Completo
- Dolores de Cabeza Frecuentes
- Arthritis
- Deformidad de Columna Vertebral
- Problema de Dolor Crónico
- SIN PROBLEMAS**

Cardiovascular

- Infarto
- Dificultad para Respirar Acostado Plano
- Presión Alta
- Latidos Cardíacos Anormales
- Fiebre Reumática
- Enfermedad Cardíaca
- Hinchazón/Edema
- Murmullo Cardíaco
- Marcapasos o Desfibrilador
- Dolor en el Pecho
- Nefropatía
- Angina de Pecho Relacionada con el Corazón
- SIN PROBLEMAS**

GENERAL HEALTH FACTORS (continued)

Vejiga/Riñón

- Problemas de próstata
- Nefropatía
- Sangre en la Urina
- Ardor al Orinar
- SIN PROBLEMAS**

Hematológico

- Hemorrágicos Anormales
- Anemia o Recuento Sanguíneo Bajo
- Anemia Falciforme
- Cáncer de Micción Ardiente o Tumores
- Quimioterapia o Radioterapia
- Radiografía Anormal de Tórax
- SIN PROBLEMAS**

PREOCUPACIONES ADICIONALES DE SALUD

¿Alguna vez has visto a un psicólogo o psiquiatra? No Sí

¿Está actualmente bajo tratamiento por un psicólogo o psiquiatra? No Sí

¿Antecedentes personales o familiares de anestesia o problemas hemorrágicos? No Sí

En caso afirmativo, sírvase explicar:

¿Otros síntomas o problemas médicos de los que no te he preguntado?

La información anterior es completa y correcta hasta donde yo sé. Consiente consultar con el Dr. Sosa sus recomendaciones de tratamiento y/o opinión quirúrgica para las que hice esta consulta. Además, consiente cualquier fotografía que pueda tomarse y permita su uso estrictamente con fines médicos, educativos y científicos. Las fotografías serán propiedad de Edgar T. Sosa, DO.

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura con mi seguro tal como se presenta y asignar directamente a Edgar T. Sosa, DO., Inc. todos los beneficios de seguro pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de copagos, deducibles y/o servicios no descubiertos. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros, o solicite al médico que proporcione continuidad de la atención. Autorizo a cualquier médico o centro médico que me haya tratado en el pasado a publicar una copia de mi registro a Edgar T. Sosa, DO, Inc. autorizar el uso de esta firma en todos los beneficios del seguro.

Nombre del Paciente : _____ **Fecha** _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

RECETAS ELECTRÓNICAS

Estimados pacientes,

A medida que nos transferimos a la grabación medial electrónica, nos gustaría ayudarle a acomodarse transmitiendo sus recetas electrónicamente. Por favor, proporcione la siguiente información para la prescripción electrónica:

Nombre del Paciente: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Número de teléfono de la Farmacia: _____

Ubicación de la farmacia: _____
(Dirección completa)

****Si usted debe cambiar su farmacia en el futuro, por favor notifíquenos para que podamos actualizar nuestros registros****

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíse cuidadosamente.
- En el Centro de Cirugía Plástica Avanzada de Orlando, LLC dba Orlando Plastic Surgery
- Asociados, siempre hemos mantenido su información de salud segura y confidencial. Una nueva ley requiere que continuemos manteniendo su privacidad, que le demos este aviso y que sigamos los términos de este aviso.
- Nuestra base de datos de registros médicos electrónicos está protegida por cifrados.
- Nuestro portal de pacientes está protegido a través de nuestra empresa de software, Nextgen/Health Fusion que permite una conexión segura del usuario a nuestra oficina utilizando la capa de sockets seguros (SSL).
- A pesar de que nuestra base de datos de computadoras está bien protegida, si su PHI alguna vez se ve comprometida usted recibirá un aviso de violación.
- La ley nos permite usar o divulgar su información médica a los involucrados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un médico especialista a quien podemos involucrar en su atención.
- Podemos usar o divulgar su información médica para el pago de sus servicios. Por ejemplo, es posible que su compañía de seguros nos exija enviar un informe de su progreso, historial e informe físico, fotos y/o quirúrgico para su revisión para determinar los beneficios de pago.
- Podemos usar o divulgar su información médica para nuestras operaciones normales de atención médica. Por ejemplo, uno de nuestro personal introducirá su información en nuestro ordenador.
- Podemos usar o divulgar su información médica con uno de nuestros socios comerciales, como un servicio de facturación o transcripción. Tenemos un contrato por escrito actualizado con cada socio comercial que requiere que protejan su privacidad. Este contrato cumple con el nuevo HIPAA.
- Podemos usar su información para comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos enviarle boletines informativos u otra información. También es posible que deseemos llamar y recordarle sus citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta el teléfono.
- Podemos usar o divulgar su información demográfica y las fechas en que recibió tratamiento de nuestro médico, según sea necesario, con el fin de comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos apoyadas por nuestra oficina. Todas las comunicaciones de recaudación de fondos incluirán información sobre cómo puede optar por no participar en futuras comunicaciones de recaudación de fondos. Si no desea recibir más comunicaciones de recaudación de fondos, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad y solicite que estos materiales de recaudación de fondos no se le envíen. A continuación, haremos esfuerzos razonables para garantizar que no se le envíen más comunicaciones de recaudación de fondos.
- En una emergencia, podemos divulgar su información médica a un miembro de la familia u otra persona responsable de su atención.
- Podemos divulgar parte o la totalidad de su información médica cuando así lo exija la ley.
- Si se vende esta práctica, su información se convertirá en propiedad del nuevo propietario.

- Excepto como se describió anteriormente, esta práctica no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización previa por escrito.
- Usted puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información médica como se describió anteriormente. Le informaremos si podemos satisfacer su solicitud.
- Usted tiene derecho a saber de cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos por encima de lo normal.
- Como tendremos que comunicarnos con usted de vez en cuando, usaremos cualquier dirección o número de teléfono que tengamos en el archivo para usted.
- Usted tiene derecho a transferir copias de su información médica a otra práctica. Le enviaremos sus archivos por correo.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Consíguenos una solicitud por escrito sobre la información que necesita. Si también desea una copia de sus registros, podemos cobrarle una tarifa razonable por las copias basadas en la ley de Florida.
- Usted tiene derecho a solicitar una enmienda o cambio en su información de salud. Danos tu solicitud de hacer cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su archivo, por favor dánosla por escrito. Podemos o no realizar los cambios que solicite, pero estaremos encantados de incluir su estado de cuenta en su archivo. Si aceptamos una enmienda o cambio, no eliminaremos ni modificaremos documentos anteriores, sino que agregaremos nueva información.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de este aviso.
- Si cambiamos cualquiera de los detalles de este aviso, le notificaremos del cambio en su próxima cita después de la fecha de vigencia del cambio.
- Nos reservamos el derecho de que sus registros médicos y archivos revisados por el abogado de nuestra corporación como parte de nuestra garantía médica de calidad.
- Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra práctica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Cualquier queja debe ser por escrito, indicar la naturaleza de la queja, y cómo ponerse en contacto con usted. Nuestro oficial de privacidad estará encantado de tratar de resolver cualquier evento adverso con usted o escribir a: Secretario de Salud y Servicios Humanos; El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted no será represaliado por presentar una queja y su queja no afectará su diagnóstico o cualquier tratamiento que le estamos proporcionando.

Reconocimiento

He recibido una copia del Centro de Cirugía Plástica Avanzada de Orlando, LLC dba Orlando Plastic Surgery Associates; Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

CONSENTIMIENTO PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, autorizo al Centro de Cirugía Plástica Avanzada de Orlando, LLC dba Orlando Plastic Surgery Associates a divulgar información médica sobre el paciente mencionado anteriormente para:

DATOS DE CONTACTO

Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación
Nombre	Relación
Usted puede/no puede llamarme en casa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Usted puede /no puede llamarme al trabajo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Doy permiso para dejar un mensaje en casa /grabadora de trabajo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Doy permiso para enviarme un correo electrónico a:	

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la oficina.

Entiendo que cualquier liberación que se haya hecho antes de mi revocación en cumplimiento de esta autorización no constituirá una violación de mi derecho a la confidencialidad.

No quiero que se publique información sobre: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

Yo, _____, autorizo la liberación de información, psiquiátrica, alcohol, pruebas de VIH y/o información de abuso de drogas de mi historial médico a:

Orlando Center for Advanced Plastic Surgery, LLC
dba Orlando Plastic Surgery Associates
4106 W. Lake Mary Blvd., Suite 212
Lake Mary, FL 32746

Cualquier divulgación de información sobre abuso de alcohol o drogas está protegida por el Reglamento Federal (396.112) y no puede ser revelada sin el consentimiento específico por escrito de los abajo firmantes. Cualquier información psiquiátrica divulgada está protegida de manera similar por Florida Statue 394.459. Cualquier información sobre las pruebas y los resultados de las pruebas del VIH está protegida de manera similar de la redisclosure por Florida Statue 381.609.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- Cualquier facsímil, copia o fotocopia de la autorización le autorizará a publicar los registros solicitados en el presente documento. Esta autorización estará en vigor y efecto hasta que se revoque.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe realizarse por escrito y presentarse o enviarse por correo a la Oficina en la siguiente dirección:

Orlando Center for Advanced Plastic Surgery, LLC
dba Orlando Plastic Surgery Associates
Attn: Health Information Management
4106 W. Lake Mary Blvd, Suite 212
Lake Mary, Florida 32746

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Cualquier divulgación de información conlleva consigo el potencial de re-divulgación no autorizada, y la información puede no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- ***Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que incluya en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que se dirige.***
- ***Por favor, no incluya información de identificación personal como su fecha de nacimiento, o información médica personal en ningún correo electrónico que nos envíe. Nadie puede diagnosticar su condición por correo electrónico u otras comunicaciones escritas, y la comunicación a través de nuestro sitio web no puede reemplazar la relación que tiene con un médico u otro profesional de la salud.***

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

SEGUROS Y PAGOS

Gracias por elegir Orlando Center for Advanced Plastic Surgery, LLC dba Orlando Plastic Surgery Associates como su proveedor de servicios. Estamos comprometidos a proporcionarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre la responsabilidad del paciente y el seguro por los servicios prestados, hemos desarrollado esta política de pago para explicar las cosas con mayor claridad. Por favor, léalo, haga cualquier pregunta que pueda tener e inicie sesión en el espacio proporcionado. Se le puede proporcionar una copia bajo petición.

1. **SEGURO:** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si usted no está asegurado por un plan, hacemos negocios con, el pago en su totalidad se espera en cada visita y antes de la cirugía. Si usted está asegurado por un plan, hacemos negocios con, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura

2. **COPAGOS, COSEGUROS Y DEDUCIBLES:** _____

Deducibles: Esta es la parte de su factura que debe pagar de su bolsillo, antes de que su póliza de seguro esté obligada a pagar cualquier beneficio.

Copagos: Este es el pago que su póliza de seguro requiere que usted pague directamente al médico cada vez que tenga una visita, o cuando se presten servicios médicos.

Por lo general, se requieren copagos, incluso después de que se haya cumplido con el deducible de su seguro

Coseguro: Esto se define generalmente como el porcentaje del pago que está obligado a pagar por su servicio después de que se haya cumplido el deducible, hasta un cierto límite según lo definido por su plan de seguro. Esto debe ser pagado antes de que cualquier beneficio de póliza sea pagadero por una compañía de seguros.

Los copagos generalmente no contribuyen a ningún máximo de bolsillo de la póliza, mientras que los pagos de coseguro generalmente lo hacen.

Todos los copagos, deducibles y coseguros deben pagarse en el momento del servicio y antes de la cirugía. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El incumplimiento de nuestra parte para cobrar copago, deducibles y coseguros de los pacientes puede considerarse un fraude. Por favor, ayúdenos a mantener la ley pagando su copago en cada visita y antes de su cirugía.

3. **SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, de los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras privadas. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de cada visita.
4. **PRUEBA DE SEGURO:** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y la tarjeta de seguro válida actual para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación.
5. **RECLAMACIÓN DE RECLAMACIÓN:** Enviaremos su reclamo y le ayudaremos de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a sus reclamos a recibir un pago. Utilizamos una agencia de facturación llamada servicio de facturación Roberts con el propósito de enviar nuestras reclamaciones y realizar nuestra facturación a través de compañías de seguros. Es posible que su compañía de seguros necesite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.
Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, independientemente de si su compañía de seguros paga o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte en ese contrato.
6. **CAMBIOS DE COBERTURA:** Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita y antes de su cirugía para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus máximos beneficios. **Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de los 180 días, el saldo se le facturará automáticamente.**
7. **NO PAGO:** Es nuestra póliza de oficina para dar a su compañía de seguros 120 días a partir de la fecha de servicio de su cirugía para cumplir con el pago de la reclamación. Durante este tiempo, si su compañía de seguros niega el pago del servicio, haremos todo lo posible para volver a facturar y trabajar esta reclamación diligentemente. Sin embargo, al final de 120 días, si la reclamación aún no es pagada por su compañía de seguros, le informaremos por escrito de la situación y le informaremos que su compañía de seguros no ha pagado en su reclamo, que su cuenta ahora es morosa, y se le dará 60 días de tiempo para hacer la restitución y el pago en su totalidad. Tenga en cuenta que si un saldo sigue sin pagarse después de 60 días, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobro, y usted y sus familiares inmediatos pueden ser dados de baja de esta práctica. Si esto va a ocurrir, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo estará disponible para tratarlo de emergencia.
- 8.

8. **CITAS PERDIDAS:** Nuestra política es cobrar por citas perdidas no canceladas por usted con al menos 24 horas de anticipación. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente. Su compañía de seguros no es responsable de la cobertura de sus citas perdidas. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas regularmente.

9. **PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS/PAGO POR CUENTA PROPIA:** Los procedimientos electivos deben tener un acuerdo financiero antes de la programación. El pago del servicio debe abonarse dos semanas antes del procedimiento. La práctica aceptará giros postales, cheques de cajero, cheques personales y las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, Discover, American Express. Cobramos una tarifa de servicio de \$30 por todos los cheques devueltos. Como una comodidad para usted, el financiamiento también está disponible a través de nuestros transportistas participantes. Para aquellas personas que pagan con tarjeta de crédito, tarjeta de débito o compañías financieras, usted no es elegible para el desafío de la tarjeta de crédito o "contracargue" a las compañías financieras una vez que el servicio se ha proporcionado de acuerdo con este acuerdo.

10. **FINALIZACIÓN DEL FORMULARIO:** Completar formularios de discapacidad, formularios de licencia familiar o sus formularios de seguro de terceros requiere tiempo del personal de oficina, copias que se deben hacer y tiempo fuera del horario del Dr. Sosa, lo que aleja la atención al paciente. Por lo tanto, nuestro cargo por este servicio es de \$20.00 por formulario y solicitamos hasta tres días hábiles para completar esta tarea.

11. **REFERENCIAS/AUTORIZACIONES:** Estamos obligados a seguir las directrices de su plan de atención administrada, que puede requerir una derivación de su médico de atención primaria antes de su cita al visitar el consultorio de un especialista. Por lo tanto, si se requiere una referencia y no se presenta o recibe en el momento de su visita, su cita será reprogramada o usted será financieramente responsable de los servicios recibidos, pagados en su totalidad en el momento de su visita.

12. **POLÍTICA DE PAGO:** Todos los saldos vencidos serán debidos en su totalidad en el momento de su visita a la oficina. Le proporcionaremos una copia de su factura y los créditos de seguro a petición. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$50.00 por citas perdidas y un cargo adicional por citas quirúrgicas perdidas. Si no puede hacer su cita, cancele o re programe llamando a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación.

Si estoy pagando por seguro, certifico que yo (o mi dependiente) tengo cobertura con mi seguro tal como se presenta y asignar directamente a Edgar T. Sosa, hacer todos los beneficios de seguro pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de copagos, coseguros, deducibles y/o servicios no cubiertos. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros, o médico solicitado, para proporcionar continuidad de la atención. Autorizo a cualquier médico o centro médico que me haya tratado en el pasado a publicar una copia de mis registros a Edgar T. Sosa, DO. Autorizo el uso de esta firma en todos los beneficios del seguro.

Entiendo que es mi responsabilidad informar al consultorio del médico si hay un cambio en la información de mi seguro médico y/o información de contacto.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y habituales para nuestra área. Gracias por entender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto acatar las directrices:

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

CONSENTIMIENTO PARA LA FOTOGRAFÍA

Yo, _____, consiente la toma de fotografías del Dr. Edgar T. Sosa o su designado de mí, o partes de mi cuerpo, en relación con los procedimientos de cirugía plástica que debe realizar el Dr. Edgar T. Sosa.

Por la presente concedo permiso para el uso de cualquiera de mis registros médicos, incluyendo ilustraciones, fotografías u otros registros de imágenes creados en mi caso, para su uso en exámenes, pruebas, credenciales y/o propósitos de certificación por la Sociedad Americana de Cirugía Plástica (ASPS) y The American Board of Plastic Surgery, Inc. (ABPS).

Entiendo que el Dr. Edgar T. Sosa puede publicar dichas fotografías en cualquier medio impreso, visual o electrónico, incluyendo específicamente, pero no limitado a, revistas médicas y libros de texto con el propósito de informar a la profesión médica o al público en general sobre los métodos de cirugía plástica.

Ni yo, ni ningún miembro de mi familia, se identificará por su nombre en ninguna publicación. Entiendo que en algunas circunstancias las fotografías pueden retratar características que harán que mi identidad sea reconocible.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de mi revocación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y tal negativa no tendrá ningún efecto en el tratamiento médico que recibo del Dr. Edgar T. Sosa.

Entiendo que la información divulgada, o alguna parte de la misma, está protegida por la ley estatal y/o la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA").

Entiendo además que, debido a que el ASPS/ABPS no está recibiendo la información en la capacidad de un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por HIPAA, la información descrita anteriormente puede ya no estar protegida por HIPAA y puede ser divulgada por ASPS/ABPS. Libero y descargo al Dr. Edgar T. Sosa, ASPS/ABPS, y a todas las partes que actúen bajo su licencia y autoridad de todos los derechos que pueda tener en las fotografías y de cualquier reclamación que pueda tener en relación con dicho uso en la publicación, incluyendo cualquier reclamo de pago en relación con la distribución o publicación de las fotografías.

Concedo este consentimiento como contribución voluntaria en interés de la educación pública y certifico que he leído la autorización y liberación anteriores y entiendo plenamente sus términos.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Representante Autorizado: _____
Si Corresponde

Firma del Paciente: _____
O Firma de Representante Autorizado

He leído la autorización y liberación anteriores. Soy el padre/tutor o conservador de _____, un menor de edad. Estoy autorizado a firmar este consentimiento en su nombre y concedo este consentimiento como contribución voluntaria en interés de la educación pública/médica.

Gracias por Permitirnos el Privilegio de Cuidarlo.