Careaga
PLASTIC SURGERY

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre
_____
Primer Nombre Apellido

Dirección
_____
Calle & Nº de Apt. Ciudad Estado
Código Postal

Nº Seguro Social _____ Genero □ Masculino □ Femenino Estado Marital _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Número de Teléfono:
¿Casa _____ Podemos dejarle mensaje telefónico en su casa? □ Si □ No

¿Trabajo _____ Podemos dejarle mensaje telefónico en su trabajo? □ Si □ No

¿Celular _____Podemos enviarle un mensaje de texto? □ Si □ No

¿Correo Electrónico _____ Podemos enviarle correo electrónico? □ Si □ No

¿Como prefiere que nos comuniquemos con usted? □ Casa □ Trabajo □ Celular □ Correo electrónico

Ocupación _____ Empleador_____

¿En case de emergencia a quien contactamos?

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo/celular _____

Referido por _____ Si fue vía internet, ¿cuál? _____

Farmacia de preferencia _____ Localidad y Teléfono _____

Médico primario _____ Teléfono _____

AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA

Por medio de la presente autorizo al Dr. Daniel Careaga utilizar fotografías para mi historia médica, siempre y cuando la utilización de la misma sea de una manera apropiada. Entiendo y acepto que las fotos producidas de mi historia médica pueden ser utilizadas para propósitos educacionales y propaganda de una manera apropiada. Entiendo y acepto que todos los negativos e impresos de cualquier fotografía o dispositivos producidos se convertirán en propiedad del Dr. Careaga. También entiendo y acepto que no recibiré ningún tipo de compensación por parte del Dr. Careaga, así como por el uso de lo anterior descrito y por medio de la misma libero al Dr. Careaga de cualquier reclamo en su contra y que esté relacionado al uso de las mismas. Toda información contenida en este documento es confidencial y para el uso absoluto del Dr. Careaga.

Acepto el uso de mis fotografías para el álbum y pagina web del "antes y después" del procedimiento. □ SI □ NO

POLIZA DE PAGO
Entiendo que los gastos de oficina y consulta deben ser pagados el mismo día en que se presta el servicio y soy responsable de pagar a tiempo mis facturas. Entiendo que este contrato es entre el Dr. Careaga y mi persona.

Firma _____ **Fecha**_____

Careaga
PLASTIC SURGERY

POLITICA DE CANCELACION / RETRASO

Tenemos una política de cancelación de 24 horas, si no puede cumplir con su cita, le pedimos que nos llame dentro del tiempo asignado, si cancela con menos de 24 horas de anticipación se le cobrará una tarifa de **$ 50.00 NO-SHOW** . Queremos respetar el tiempo de nuestros pacientes y el tiempo de nuestros proveedores, al no cancelar con un aviso adecuado, estamos impidiendo que otro paciente programe

Confirmamos todas las citas 24/48 horas antes de su cita programada mediante llamada, mensaje de texto o correo electrónico, le pedimos que responda para confirmar, reprogramar o cancelar su cita programada

Cancelación (no dentro del tiempo asignado), no-show se le cobrará una tarifa no reembolsable de $ 50.00

Las citas después de hora o los sábados deben pagar por adelantado los servicios

Puede reprogramar una vez sin penalización. Si esa cita se vuelve a programar nuevamente, se le cobrará la tarifa de cancelación. La tarifa de cancelación se cobrará por cada vez que reprograme esa cita.

A los pacientes con un historial de citas perdidas se les pedirá que prepaguen una tarifa de reserva de $ 50.00 que se puede aplicar a los servicios, pero si la política de cancelación no se cumple será una tarifa de cancelación y no será reembolsable.

Llegadas tardías a la cita: tenga en cuenta que a las citas con spa, láser y inyectables se les asigna un horario específico y si llega tarde a la cita, reducirá el tiempo de su procedimiento o es posible que deba volver a programarlo.

*** Todas las tarifas de cancelación no son negociables ni reembolsables y deben pagarse.**

¡Gracias por su cooperación!

_____ _____ Fecha: _____
Nombre de Paciente Firma

AVISO DE NO LLEVAR SEGURO DE MALPRÁCTICA

Soy consciente de que mi Doctor ha decidido no tener seguro médico por negligencia médica. Entiendo que esto está permitido bajo la Ley de Florida 458.320 sujeto a ciertas condiciones. Entiendo que la Ley de Florida impone sanciones contra los médicos no asegurados que no cumplan con los juicios adversos derivados de reclamos de negligencia médica. El médico acepta cumplir cualquier fallo adverso hasta los montos mínimos de conformidad con 458.320. Este aviso se firma después de todas las explicaciones He solicitado han sido hechos.

_____ _____ Fecha: _____
Nombre de Paciente Firma

Careaga PLASTIC SURGERY

RESUMEN DE LA LEY DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE DE LA FLORIDA

La ley de la Florida requiere que su proveedor de atención médica o centro de atención médica reconozca sus derechos mientras recibe atención médica y que respete el derecho del proveedor de atención médica o del centro de atención médica a esperar cierto comportamiento por parte de los pacientes. Puede solicitar una copia del texto completo de esta ley a su proveedor de atención médica o centro de atención médica.
A continuación un resumen de sus derechos y responsabilidades:

Un paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con aprecio por su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.
Un paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes.
Un paciente tiene derecho a saber quién brinda servicios médicos y quién es responsable de su cuidado.
Un paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo de pacientes están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
Un paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
Un paciente tiene derecho a que el proveedor de atención médica le dé información sobre el diagnóstico, el curso de tratamiento planificado, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, la información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
Un paciente que es elegible para Medicare tiene el derecho de saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica acepta la tasa de asignación de Medicare.
Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por atención médica.
Un paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada, razonablemente clara y comprensible y, a solicitud, que se le expliquen los cargos.
Un paciente tiene derecho a acceso imparcial a tratamiento o alojamiento médico, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad física o fuente de pago.
Un paciente tiene derecho a recibir tratamiento por cualquier afección médica de emergencia que se deteriore debido a la falta de tratamiento.
Un paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y para dar su consentimiento o rechazo a participar en dicha investigación experimental.
Un paciente tiene el derecho de expresar quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, según lo establecido en la ley de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o centro de atención médica que lo atendió y de la agencia de licencias estatal correspondiente.
Un paciente es responsable de proporcionar al proveedor de atención médica, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
Un paciente es responsable de informar cambios inesperados en su condición al proveedor de atención médica.
Un paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si comprende un curso de acción contemplado y lo que se espera de él.
Un paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
Un paciente es responsable de asistir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, de notificar al proveedor de atención médica o al centro de atención médica.
Un paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
El paciente es responsable de garantizar que se cumplan con la mayor rapidez posible las obligaciones financieras de su atención médica.
Un paciente es responsable de seguir las reglas y regulaciones de las instalaciones de atención médica que afectan la atención y la conducta del paciente.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Careaga
PLASTIC SURGERY

Lista de medicamentos

Nombre : _____ *Fecha:* _____

Tiene alguna alergia conocida? Si _____ *No* _____

En caso afirmativo, indique el nombre _____

Nombre de Medicamento/Suplemento	Dosis/Miligramos/Unidades	Frecuencia

Firma de paciente: _____

AUTORIZACIÓN para liberar información sanitaria a otro proveedor médico o a mí mismo

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Dirección:

Autorizo al Dr. Daniel Careaga para que libere mis registros médicos almacenados en;

Careaga Plastic Surgery
220 Alhambra Circle 1St Floor
Coral Gables, FL 33134
305-960-7511
305-441-2556 FAX

Para liberar los registros de salud a su médico por favor indique la información de MD a continuación, si los registros son para su uso personal indican "self"

Nombre de los doctores: _____

Dirección: _____
_____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo electrónico: _____

La cirugía plástica de Careaga ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene varios riesgos que los pacientes deben considerar antes de otorgar el consentimiento para utilizar el correo electrónico para estos fines. **Careaga cirugía plástica** utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, **Careaga cirugía plástica** no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable de la divulgación involuntaria de información confidencial.

Reconozco que he leído y comprendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico por correo electrónico y estoy de acuerdo con la condición descrita en este documento. Cualquier pregunta que pudiera haber tenido fueron contestadas.

Tipo de información que se publicará:

_____ Informes de ultrasonido/informe de mamografía/radiología Reportajes

_____ Medicamentos

_____ Resultados de laboratorios

_____ Visitas de oficina

_____ E.K. G

_____ Historia y físico

_____ Autorización medica

_____ Otra Razón

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de la imprenta: _____ Fecha: _____

Careaga PLASTIC SURGERY

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE CORREO ELECTRÓNICO

AVISO IMPORTANTE DE CONFIDENCIALIDAD: Esta transmisión contiene información confidencial, parte o toda la cual puede ser información médica protegida según lo define la Regla de Privacidad y Seguridad del Acta Federal de Responsabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) según 45 CFR Parte 160 y 45 CFR Parte 164. Esta la transmisión está destinada al uso exclusivo de la persona o entidad a la que se dirige y puede contener información de propiedad exclusiva, privilegiada, confidencial y / o exenta de divulgación según la ley aplicable. Si no es el destinatario deseado, o un empleado o agente responsable de entregar esta transmisión de correo electrónico al destinatario, se le notifica que cualquier divulgación, difusión, distribución o copia de esta información está estrictamente prohibida y puede estar sujeta a restricciones legales. o sancionar. Por favor notifique al remitente de inmediato y destruya todas las copias de los materiales enviados.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LA PÁGINA DE CUBIERTA DE FAX AVISO IMPORTANTE DE CONFIDENCIALIDAD:

Esta transmisión contiene información confidencial, parte o toda la cual puede ser información médica protegida según lo define la Regla de Privacidad y Seguridad del Acta Federal de Responsabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) según 45 CFR Parte 160 y 45 CFR Parte 164. Esta la transmisión está destinada al uso exclusivo de la persona o entidad a la que se dirige y puede contener información de propiedad exclusiva, privilegiada, confidencial y / o exenta de divulgación según la ley aplicable. Si no es el destinatario deseado, o un empleado o agente responsable de la entrega de esta transmisión por fax a dicho destinatario, se le notifica que cualquier divulgación, difusión, distribución o copia de esta información está estrictamente prohibida y puede estar sujeta a restricciones legales. o sancionar. Por favor notifique al remitente de inmediato y destruya todas las copias de los materiales enviados.

Firma : _____ *Fecha:* _____