

## GENECOV PLASTIC SURGERY GROUP

### **Información de la Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Casero( ) \_\_\_\_\_  
Trabajo( ) \_\_\_\_\_ Celular( ) \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_  
Estudiante: Y N Ocupación \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

### **Paciente's Esposo/Guardián**

Esposo/Guardián \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Casero ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

### **Si el paciente es un niño**

Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
Numero de trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
Nombre del padre \_\_\_\_\_  
Numero de trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
El niño vive con: \_\_\_\_\_

### **En caso de emergencia (persona que no vive con usted)**

Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

### **Farmacia (nombre y ubicación o número de teléfono )**

### **¿Razón para la consulta?**

### **¿A quién damos gracias para la referencia?**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

### **Pediatra o Doctor de la familia**

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

### **El Garante / El partido responsable**

Nombre \_\_\_\_\_  
Parentesco de la paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Casero ( ) \_\_\_\_\_  
Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
El Seguro \_\_\_\_\_  
Teléfono de beneficios ( ) \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
El plan es PPO \_\_\_ POS \_\_\_ HMO \_\_\_ Indemnity \_\_\_\_\_  
¿Necesidad referencias? \_\_\_ ¿Estamos en su plan (la red)? \_\_\_  
¿Si es Medicaid, el Plan es HMO? \_\_\_ ¿Cuál Plan? \_\_\_\_\_  
El pediatra \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

### **Otro Garante Información**

Nombre \_\_\_\_\_  
Parentesco de la paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Casero ( ) \_\_\_\_\_  
Trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
Fecha del nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
El Seguro \_\_\_\_\_  
Teléfono de beneficios ( ) \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
El plan es PPO \_\_\_ POS \_\_\_ HMO \_\_\_ Indemnity \_\_\_\_\_  
¿Necesidad referencias? \_\_\_ ¿Estamos en su plan (la red)? \_\_\_  
¿Si es Medicaid, el Plan es HMO? \_\_\_ ¿Cuál Plan? \_\_\_\_\_  
El pediatra \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Certifico que el encima de información es correcto mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy financialy responsable de todos los cargos sí o no cubrió por el seguro. He recibido también una Nota de Prácticas de Intimidad de GPSG en la fecha firmada.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma Actualizar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma Actualizar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**GENECOV PLASTIC SURGERY GROUP**  
**Póliza Financiera**

Nosotros estamos comprometidos en proveerle con la mejor atención en salud, y estamos en la mejor disposición de discutir nuestro costo profesional en cualquier momento. Si tiene seguro medico, nosotros gustosos le ayudaremos para que reciba el máximo de beneficios posibles. Para realizar estas metas, necesitamos de su asistencia y entendimiento de su póliza de pago. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta respecto nuestros costos, sus responsabilidades, o la póliza financiera.

**Todos** los pacientes deben completar nuestra forma de Información del Paciente e informar nuestra oficina de cualquier cambio de dirección o de seguro. Para que nosotros podamos tratar y cuidar a nuestros pacientes, hemos de tener información completa y correcta.

El pago del servicio **debe hacerse en el momento que el servicio a sido proveído**. Nosotros aceptamos efectivo, cheques, Mastercard, Visa, Discover, y American Express. Nosotros no hacemos reclamaciones planes de seguros con cuales nosotros no participamos. Se hará un cargo de \$25.00 por cada cheque que sea regresado.

Nosotros esperamos pago total de los procedimientos estéticos dos semanas antes del procedimiento al menos que usted haya sido preaprobado con uno de nuestros planes financieros.

Los cargos en su cuenta con nuestra oficina reflejaran las facturas de su doctor solamente. Cualquier cargo de hospital rayos-x, laboratorio, anestesia, patología, etc. Será cobrado por el proveedor que del servicio.

---

Póliza de Seguro:

Nosotros con gusto responderemos cualquier pregunta refiriéndose a su seguro. Si los servicios propuestos son necesarios médicamente nosotros intentaremos obtener autorización por medio de su seguro. Usted debe comprender que:

- Su seguro es un contrato entre usted, su patrón y la compañía de seguro. Nosotros no somos parte del contrato.
- No todos los servicios son beneficios cubiertos en su contrato. Algunas compañías de seguro seleccionan algunos servicios que ellos no cubren y estos son responsabilidad del paciente.
- Si su cobertura de seguro es por medio de un plan en el cual nosotros **no** tenemos contrato sin importar cuanto su portador le reembolse, usted va ser responsable del balance **completo** de su cuenta. Esto incluye cualquier cantidad mas aya de "lo razonable y acostumbrado."

Nosotros debemos enfatizar que como proveedor de cuidado medico nuestra relación es con usted no su compañía de seguro. Mientras que el reclamo de seguro es una cortesía que nosotros extendemos a nuestros pacientes, todos los cargos son su responsabilidad desde la fecha que el servicio le es provisto. Es entendible que problemas temporales financieros puedan afectar sus pagos de cuenta. Si el problema surge, le recomendamos que se comuniqué con prontitud para asistencia en el manejo de su cuenta.

Yo en conciencia asigno, transfiero y doy al Genecov Plastic Surgery Group todos mis derechos titulados y interés en mi beneficio de reembolso medico bajo mi póliza de seguro de mi compañía de seguro actual. \_\_\_\_\_ iniciales

---

Como parte de su procedimiento, nosotros necesitamos fotografías de antes y después de su tratamiento en la cual el costo ya a sido incluido en los cargos.

Si en cualquier momento después de su cirugía usted necesita una revisión, costos de facilidad y anestesia van a aplicar. Costos del cirujano están a discreción del cirujano.

"Yo autorizo a David Genecov, M.D. y Carlos Raul Barcelo, M.D. personal al cual ellos consientan para toma de fotos antes y después de la cirugía. Yo entiendo que estas fotos van a ser parte de mi expediente y son vitales para la calidad de cuidado y resultados de la cirugía."

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# GENECOV

---

## PLASTIC SURGERY GROUP

### Lanzamiento de fotografía

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio concedo a Genecov el grupo de la cirugía plástica (**David Genecov, M.D;** **Carlos Raúl Barcelo, M.D.**) sus sucesores y asignan, la derecha de utilizar las fotografías de mí en cual he participado adentro para la cirugía a nombre del grupo de la cirugía plástica de Genecov.

Autorizo el uso de estas fotografías para: (compruebe por favor uno o todo que sé apliquen)

- Propósitos médicos relacionados con el caso
- Propósitos científicos, incluyendo seminarios y artículos médicos
- Antes-y-después del álbum de foto para que pacientes cosméticos vean en la oficina
- Boletín de noticias que se enviara a los pacientes cosméticos
- Antes-y-después de la hoja que se enviara a los pacientes cosméticos
- Web site propietario que ofrece la información cosmética de la cirugía
- NO DESEO QUE MIS FOTOS ESTEN UTILIZADAS PARA NINGUN PROPOSITO CON EXCEPCION DE MI ARCHIVO MEDICO inicial \_\_\_\_\_

Entiendo que mi nombre e identidad no serán divulgados en cualquier momento.

Lanzo y descargo por este medio a grupo de la cirugía plástica de Genecov de cual quiera y todo demanda y exige presentarse fuera o con respecto al uso de las fotografías, incluyendo cual quiera y todas las demandas para la difamación.

Esta autorización y lanzamiento también se aseguran a la ventaja de los representantes legales, concesionarios y asigna del grupo de la cirugía plástica de Genecov tan bien como las personas para quienes el tomo las fotografías.

He leído y entiendo completamente el contenido de eso

\_\_\_\_\_  
Testigo / Miembro del personal de oficina

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre completo paciente (impreso)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## La Autorización paciente para el Representante Personal

Imprima por favor toda información, entonces firma de signo y fecha en el fondo.

**El tipo de Autorización:** Representante personal

**Nombre de paciente:** (por favor impresión) \_\_\_\_\_

**El propósito del pedido:** Autorizo International Craniofacial Institute para revelar o proporcionar mi información protegida de salud al individuo siguiente que es autorizado a actuar como mi representante personal para los propósitos de recibir toda información protegida de la salud acerca de mí mismo. Como mi representante personal designado, ellos pueden ejercitar mi derecho de inspeccionar, copiar y corregir mi información de salud. Ellos pueden consentir también o pueden autorizar el uso o la revelación de mi información protegida de la salud:

---

El nombre de Representante Personal

---

Dirección

---

Ciudad, Estado, Código Postal

---

Teléfono

**La descripción De información para ser revelada:** Autorizo International Craniofacial Institute revelar toda mi información protegida de salud a mi representante personal designado.

**El vencimiento o la terminación de la autorización:** Esta autorización se quedará vigente hasta terminado por usted, su representante personal u otro individuo (individuos) en persona jurídica autorizada a hacer así por mandato judicial o ley.

**El derecho de revocar o terminar:** Cuando indicado en fuera Nota de Prácticas de Privacidad, usted tiene el derecho de revocar o terminar esta autorización sometiendo un pedido escrito a nuestro Director de Privacidad. Esto puede ser echo en-persona o enviando un pedido a:

Genecov Plastic Surgery Group  
ATTN: Privacy Manager  
11970 N Central Expressway, Suite 270  
Dallas, TX 752343

**Redisclosure:** Nosotros no tenemos control a la persona (personas) que usted ha puesto como su representante personal. Por lo tanto, su información protegida de la salud revelada bajo esta autorización, ya no es protegido por los requisitos de la Regla de la Privacidad y ya no será la responsabilidad de International Craniofacial Institute.

---

Firma paciente

---

Fecha