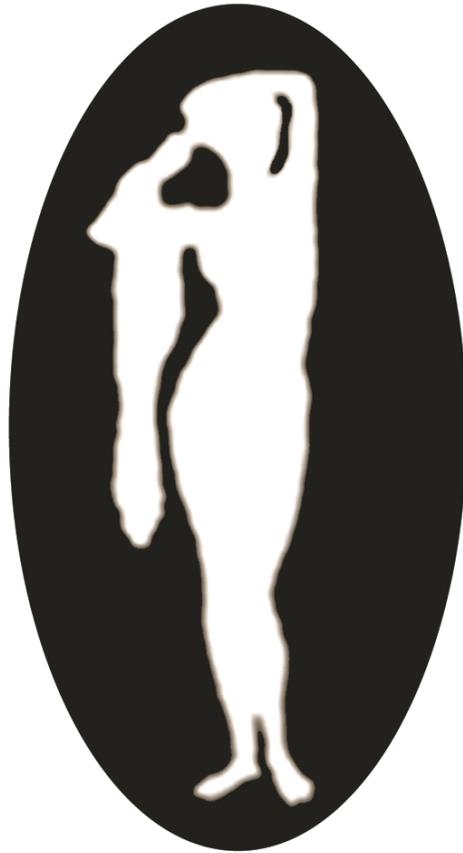

Registracion del paciente

Para servirle mejor, por favor llene los siguientes formularios

**Wilberto Cortes, MD
Cirujano plástico de cuerpo y cara**



Registro del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre de (Apodo): _____

Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Sexo: (Favor de marcar con una X)

Femenino _____ Masculino _____

Estado Civil: (Favor de marcar con una X)

Soltero _____ Casado _____

Divorciado _____ Otro _____

Ocupación: _____

Nombre del lugar de trabajo: _____

Dirección del trabajo:

Teléfono del trabajo: _____

Nombre de su doctor primario: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

(Favor de marcar con una X)

_____ RealSelf _____ Esterio Latino 102.9

_____ You Tube _____ Mega 101.1

_____ Rejuvenusaesthetics.com _____ Musica 104.9

_____ Miscurvaslatinas.com _____ Otros

_____ Bestbreastandbutt.com

_____ Babygotbutt.com

_____ myhourglasstummytuck.com

_____ wonderbreastlift.com

-

Información del Cónyuge

Nombre Completo: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Nombre del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Contacto de Emergencia

Persona a notificar en caso de emergencia:

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono de su farmacia: _____

Firma del paciente

Fecha

Historia Médico
Formulario Informativo de su Salud
Esta forma proporciona información específica acerca de su salud y
también los factores de riesgo que se abordarán antes de la cirugía.

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita: (Favor de marcar con una X)

_____ Liposucción

_____ Abdominoplastia

_____ Transferencia de grasa

_____ Aumento de Senos

_____ Levantamiento de Senos

_____ Ginecomastia

_____ Nariz

_____ Reducción de Senos

_____ Facial

_____ Implante de gluteos

_____ Aumento de gluteos con transferencia de grasa

_____ Otro

Altura Pies: _____ y _____ pulgadas

Peso: _____

Alergias: _____ Sí _____ No

Toma algun medicamento? _____ Sí _____ No

Lista de todos los medicamentos, incluyendo los no -recetados (vitaminas, hierbas) pueden proporcionar una copia de la lista de medicamentos.

Toma aspirina regularmente? _____ Sí _____ No

(Advil, Motrin, Ibuprofen) _____ Sí _____ No

Favor de proveer una lista de todas las cirugías que ha tenido:

¿Fuma ? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo ¿cuánto? _____ Paquetes diario: _____

¿Por cuánto tiempo (años)? _____

¿Toma alcohol ? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo ¿cuánto? _____

¿Por cuánto tiempo (años)? _____

¿Está embarazada o planea quedar embarazada?

_____ Si _____ No

Número de embarazos : _____

Fecha de su última mamografía : _____

¿Tiene problemas de cicatrización? ____ Sí ____ No

¿Tiene antecedentes de problemas con la anestesia?

____ Si ____ No

¿Tiene problemas de sangrado o moretones?

____ Sí ____ No

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones medicas durante los últimos 10 años :

Por favor, marque sólo si tiene o ha tenido alguna:

___ Artritis

___ Bronquitis

___ Problemas de Coagulación

___ Sida / HIV

___ Cáncer

___ Depresión

___ Diabetes

___ Infección del oído

___ Epilepsia

___ Dolor facial

___ Fiebre

___ Ampollas

___Tiroides

___Dolor de cabeza

___Problemas del corazón

___Hepatitis

___Alta Presión

___Arterial Renal

___Problemas de Neumonía

___Sinusitis

___Apnea del Sueño

___Diarrhea

___Amigdalitis

___Tuberculosis

___Ulceras

Otros: _____

Con mi firma confirmo que la información anterior es correcta y completa con el mejor de mis conocimientos.

Firma del Paciente

Fecha

Rejuvenus Estética, P. A.

Políticas Financiera, cancelación, reprogramación

El Dr. Wilberto Cortés ha sido reconocido como uno de los mejores en su profesión y Rejuvenus Aethetics se enorgullece de proporcionar a los pacientes el mejor servicio posible. Con pacientes que viajan a Rejuvenus Estética de todo Estados Unidos y provenientes del el extranjero, el calendario quirúrgico del Dr. Cortés es típicamente reservado con al menos cuatro meses de anticipacion. En consecuencia, le pedimos estar seguro acerca de su intencion de hacerse la cirugia y su capacidad economica para cumplir con los costos financieros de la cirugia antes de programarla. Debido al compromiso financiero, el tiempo que toma preparar su cirugia, la programación y la preparación de la misma. Además, el impacto que representa para la practica medica y otros pacientes causados por las cancelaciones, requerimos que usted está de acuerdo con las poliza de la cancelación y las políticas de reprogramación, que serán estrictamente aplicadas.

Información general

Las compañías de seguros no cubren procedimientos cosméticos. No vamos a enviar nungun cobro para aceptar el pago de su compañía de seguros médicos para este procedimiento (s) (estos).

Sólo aceptamos dinero en efectivo, cheques de gerencia, órdenes de pago, Visa, Master Card, Discover, American Express, y el pago de compañías de financiamiento aprobados como Care Credit y Surgery Loans. Si usted planea usar alguna otra entidad financiera, , por favor póngase en contacto con nuestra oficina para obtener la aprobación para su financiamiento antes de programar la cirugía.

Costo por la Consulta

El valor por la consulta inicial es de **\$65.00**. Todos los pagos por las visitas en la oficina, deben ser efectuados en el momento de su visita al consultorio -antes de ver el Dr.- y no son reembolsables.

Costo para una Consulta de segunda opinión después de una cirugía con otro proveedor

La consulta para una segunda opinion es de \$150.00. Todos los pagos por las visitas en la oficina, deben ser cancelados en el momento de su visita al consultorio y no son reembolsables.

Rejuvenus Aesthetics, P.A., Registracion, Historial de Salud, Política de Financiamiento, Cancelación y Privacidad de Paciente – Page 9 of 26

Iniciales _____

Propuesta de Cirugía

El Dr. Cortés y Rejuvenus Estética, P. A. le proporcionará una cuota para la cirugía por el costo total estimado de su cirugía estética. Además de los honorarios quirúrgicos del Dr. Cortés, la propuesta de la cirugía incluyen cargos por la facilidad hospitalaria donde se llevara a cabo la cirugía y los costos del anestesiólogo. Información y divulgación adicional sobre estos cargos estimados están en la sección de "cargos estimados" de este documento, comenzando en la página 5.

Cuota de Reserva

Un depósito de \$500.00 -no reembolsable- debe ser cancelado en el momento de programar la cirugía estética.

Cirugía Cuota Preparación

Balance y Cargos

"Balances y cargos" se refiere a los honorarios de la cirugía del Dr. Cortés, menos las reservas de preparación de la cirugía -honorarios no reembolsables-. Usted debe pagar el saldo total de los cargos por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de programación de su cirugía.

Cancelación

Una vez que se programa la cirugía, parte substancial de los recursos financieros, tiempo y otros recursos están comprometidos en la programación y la preparación para la cirugía, incluyendo la coordinación con el centro donde se realizara su cirugía, el anestesiólogo y personal de sala de operaciones, la obtención de los dispositivos y/o implantes necesarios para su cirugía, la preparación y esterilización de material quirúrgico. Adicionalmente, las cancelaciones impiden al Dr. Cortés, al anestesiólogo y al personal de la sala de operaciones trabajar, normalmente y causan retrasos innecesarios para otros pacientes. En consecuencia, en caso que usted cancele su cirugía:

1. Los honorarios por la consulta inicial y otras visitas a la oficina no son reembolsables;
2. La cuota de reserva de \$ 500 es no reembolsable;
3. La cuota de preparación de la cirugía no es reembolsable;
4. 2.5% de cualquier cantidad que usted pagó con tarjeta de crédito y/o a través de una compañía de financiamiento de la salud, no es reembolsable; y

5. El saldo de los gastos pagados a Rejuvenus Estética, PA serán reembolsados, de la siguiente manera:

- > Si cancela más de 30 días antes de la fecha de su cirugía programada, el saldo de los cargos será reembolsado a usted, menos el depósito y el 30% de los preparativos de la cirugía;
- > Si cancela 15-30 días antes de la fecha de su cirugía programada, el 60% del saldo de los cargos será reembolsado a usted, menos el depósito de \$500 el 30% de los preparativos de la cirugía y 10% del costo.
- > Si cancela 8-14 días antes de la fecha de su cirugía programada, el 50% del saldo de los cargos será reembolsado a usted, menos el depósito de \$500 el 30% de los preparativos de la cirugía y 20% del costo.
- > Si cancela 2-7 días antes de la fecha de su cirugía programada, el 35% del saldo de los cargos será reembolsado a usted, menos el depósito de \$500 el 30% de los preparativos de la cirugía y 30% del costo.
- > Si cancela con menos de 2 días antes de la fecha de su cirugía programada, usted perderá todos los fondos pagados a nosotros y no reembolso será hecho para usted.

Tenga en cuenta que esta política de cancelación sólo se aplica a la tarifa quirúrgica del Dr. Cortés. El centro quirúrgico y anestesiólogo son proveedores de servicios independientes, con sus propias políticas financieras. Por favor, póngase en contacto con el centro quirúrgico y anestesiólogo designado para su cirugía en relación con sus políticas financieras y de cancelación.

Cambio de la fecha Cirugía

Del mismo modo, la reprogramación de su cirugía agobia al Dr. Cortés, a nuestro personal, el anestesista, el personal del centro de cirugía, y nuestros otros pacientes. En consecuencia, en el caso de que reprogramar su cirugía:

Primera Cirugía Reprogramada:

La cirugía no será reprogramada a menos que usted haya pagado al menos el treinta por ciento (30%) del saldo de los cargos. Si es menor de treinta (30) días antes de la fecha original de la cirugía, la cirugía no será reprogramada a menos que usted haya pagado la totalidad del saldo de los cargos y una cuota de reprogramación de \$ 1,000.

Si usted solicita reprogramar su cirugía dentro de 90 días, se le cobrará una cuota de reprogramación acelerada de \$500 adicionales.

Cirugía Segunda Reprogramada:

Rejuvenus Aesthetics, P.A., Registración, Historial de Salud, Política de Financiamiento, Cancelación y Privacidad de Paciente – Page 11 of 26

Iniciales _____

La cirugía no será reprogramado a menos que usted haya pagado la totalidad del saldo de los cargos y una cuota de reprogramación de \$ 1,000. Su cirugía no será reprogramada durante al menos 90 días.

No Reprogramación adicional:

Si pospone su cirugía por tercera vez, Ud. sera despedido de nuestra práctica y perderá todos los fondos pagados a nosotros.

Cuidado postoperatorio

La Cuota de la cirugía del Dr. Cortés incluye el costo de sus tres primeras visitas postoperatorias. El Dr. Cortés cobra \$ 100 por cada visita postoperatoria posterior. Por otra parte, el Dr. Cortés no le cobrara el cargo para las visitas postoperatorias posteriores, incluido el costo de cualquier inyecciones de cortisona médicamente necesarios, a cambio de su aceptar al Dr. Cortés y Rejuvenus Estética, PA una liberación para su uso y publicación de sus "antes" y "después de" fotografías incondicional y sin restricciones. Haremos nuestro mejor esfuerzo para eliminar u ocultar la identificación de características, tales como tatuajes únicos.

Instalación hospitalaria y Anestesia

La instalación del centro de cirugía y el anesthesiologo son proveedores de servicios independientes. La propuesta de la cirugía que le proporcionamos incluirá el centro de cirugía estimados y cargos del anesthesiologo. Estos honorarios deben ser pagados por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de la cirugía. La falta de pago oportuno al centro de cirugía y del anesthesiologo puede resultar en la cancelación de su cirugía, sujeta a las políticas de cancelación de la cirugía y de reprogramación detallados anteriormente.

Si está utilizando una compañía de financiamiento, como Care Credit, necesitamos los pagos por el centro de la cirugía y el anesthesiologo 30 dias antes. Si usted está pagando por su cirugía por cualquier otro medio, usted debe hacer los arreglos para el pago directamente al centro de la cirugía y el anesthesiologo.

Cálculo de los cargos

Los costos estimados para el centro de la cirugía y el anesthesiologo contenida en su propuesta para la cirugía se basan en la estimación del Dr. Cortés de la duración del tiempo de su cirugía. Sin embargo, el Dr. Cortés se compromete a ofrecerle la mejor atención posible y los resultados, y puede ser necesario prolongar el tiempo de la cirugía para lograr sus metas.

Si el Dr. Cortés siente que debe extender el tiempo de la cirugía, el no cobrará por su tiempo extra en la cirugía. Sin embargo, el centro de cirugía y/o anesthesiologo pueden cobrarle por el tiempo extra que se necesita para completar su cirugía. El Dr. Cortés quiere que usted entienda de antemano que las necesidades financieras de la Rejuvenus Aesthetics, P.A., Registracion, Historial de Salud, Política de Financiamiento, Cancelación y Privacidad de Paciente – Page 12 of 26

Iniciales _____

cirugía pueden incluir del centro y/ o anesthesiólogo, cargos adicionales para la cirugía que se extiende más allá de su hora estimada originalmente.

La Propuesta del Dr. Cortés incluye su cuota sólo para su cirugía inicial y pre rutina mas los cuidados postoperatorios, incluyendo el trabajo básico de laboratorio preoperatorios.

La Propuesta del Dr. Cortés para la cirugía no incluye el costo de cualquier

- (1) autorización previa a la cirugía de un cardiólogo u otro especialista,
- (2) o radiología de rayos x,
- (3) de laboratorio, incluyendo patología,
- (4) las prendas postoperatorias o vendajes especializados que pueda necesitar después de la cirugía, o
- (5) el tratamiento postoperatorio de cicatrización anormal, como la inyección y prendas.

Además, la propuesta del Dr. Cortés para la cirugía no incluye el costo de cualquier revisión o cirugía adicional que pueda necesitar debido a las complicaciones que rara vez se presentan, a menos que su propuesta para la cirugía incluye específicamente un seguro por medio de CosmetAssurance, en cuyo caso ciertas exclusiones y restricciones se aplican.

**NO FIRME ESTE ACUERDO
A MENOS QUE USTED HA LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU
CONTENIDO**

Certifico que soy el paciente o la persona responsable financieramente de los servicios prestados al paciente. Mis iniciales en las páginas precedentes y mi firma a continuación es mi confirmación que he leído con atención y comprender plenamente todas las disposiciones de estas políticas financiera, cancelación y reprogramación. Estoy de acuerdo en que una copia de este documento, ya sea fotocopia, fax, o una imagen electrónica, tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Firma Paciente / o Persona responsable

Fecha

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

He revisado y estoy de acuerdo con las políticas financieras, de cancelación y de reprogramación previamente expuestas de Rejuvenus Aesthetics, PA,. Entiendo que mi cirugía estética no está cubierta por el seguro de salud y que yo soy responsable de la cuota quirúrgico del Dr. Cortés, así como de los honorarios adicionales para la anestesia, las instalaciones y/o (posiblemente, de laboratorio, / x-ray radiología, patología y / laboratorio. Doy mi consentimiento para el Dr. Cortés para proporcionar una atención sin aceptar la asignación de cualquier compañía de seguros, gestionada proveedor de atención, u otra fuente de cobertura es irrevocable y definitiva.

Reconozco que he sido informado acerca de los riesgos y consecuencias de la cirugía estética, incluyendo cualquier decisión clínica del Dr. Cortés , la posibilidad que se extienda el tiempo y el costo de la cirugía, y acepto la responsabilidad financiera de los riesgos y las consecuencias, incluyendo los costos financieros de todos los tratamientos futuros.

Entiendo que la propuesta Dr. Cortés para la cirugía no incluye

- (1) Autorización previa a la cirugía de un cardiólogo u otro especialista,
- (2) Centro de cirugía complementaria y / o cargos de anestesiología debido a mi cirugía que se extiende más allá de su hora prevista,
- (3) radiología o de rayos x.
- (4) Laboratorio, incluyendo la patología,
- (5) Las prendas postoperatorias o vendajes especializados que pueda necesitar después de la cirugía, y
- (6) El tratamiento postoperatorio de cicatrización anormal, como inyecciones y prendas. La propuesta para la cirugía tampoco incluye los costos relacionados con cualquier procedimiento adicional que necesito o elegir a tener con el fin de revisar, optimizar o completar mi resultado, incluso de cualquier complicación de esta cirugía. Los costos de cualquier cirugía de revisión, incluyendo los cargos del centro, los honorarios del cirujano, y los cargos de anestesia, son mi responsabilidad.

Firma del Paciente

Fecha

REJUVENUS AESTHETICS, P.A.
AVISO DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER
USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA
INFORMACIÓN.

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad (la "Notificación ") le informa acerca de las maneras en que podemos usar y divulgar su información protegida de salud (" información médica ") y sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su información médica. Este aviso se aplica a Rejuvenus Aesthetics, PA, incluidos sus proveedores y empleados (la "práctica")

I. NUESTRAS OBLIGACIONES.

Estamos obligados por ley a:

Mantener la privacidad de su información médica, en la medida requerida por la ley estatal y federal.

Darle este aviso que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica.

Notifique a las personas afectadas a raíz de una violación de la información médica no asegurada en virtud de la ley federal.

Cumplir con los términos de la versión de esta Notificación que está actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICAS

Las siguientes categorías describen las diferentes razones por las que normalmente usamos y revelamos información médica. Estas categorías están destinadas a ser sólo descripciones generales y no una lista de todas las instancias en las que podemos usar o divulgar su información médica. Por favor, comprenda que para estas categorías, la ley generalmente no nos exigen obtener su autorización para que podamos usar o revelar su información médica.

A. Para el tratamiento.

Podemos usar y revelar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento de cuidado de la salud y los servicios relacionados , incluyendo la coordinación y la gestión de su atención médica. Podemos revelar información

médica acerca de usted a médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud y personal de que están proporcionando o involucrados en la prestación de atención de salud a usted (tanto dentro como fuera de la práctica) . Por ejemplo, si su atención requiere la derivación a tratamiento o por otro médico de la especialidad fuera de la práctica, es posible establecer que el médico con su información médica con el fin de ayudar al médico en su tratamiento de usted.

B. Para el pago.

Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que podamos o factura de mayo y obtenemos de usted, una compañía de seguros, o de un tercero, para los servicios de atención médica que brindamos. Esto también puede incluir la divulgación de su información médica para obtener una autorización previa para el tratamiento y los procedimientos de su plan de seguro. Por ejemplo , podemos enviarle una solicitud de pago a su compañía de seguros y que la reclamación puede tener un código en él que describe los servicios que han sido prestados a usted . Sin embargo, si usted paga por un artículo o servicio en su totalidad, de su bolsillo y solicitar que no revelemos a su plan de salud la información médica únicamente en relación a ese artículo o servicio , como se describe con más detalle en la sección IV de este Aviso, seguirá a que la restricción en materia de divulgación menos que sea requerido por la ley.

C. Operaciones de Atención de la Salud.

Podemos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar y administrar nuestra práctica y promover una atención de calidad. Por ejemplo, es posible que necesitemos utilizar o divulgar su información médica con el fin de evaluar la calidad de la atención que recibe o para realizar determinada gestión de costes, gestión empresarial, administración, o las actividades de mejora de calidad o para proporcionar información a nuestros portadores de seguro.

D. Control de Calidad.

Es posible que necesitemos utilizar o divulgar su información médica a nuestros procesos internos para evaluar y facilitar la prestación de una atención de calidad a nuestros pacientes.

E. Revisión de la utilización

Es posible que necesitemos utilizar o divulgar su información médica para llevar a cabo una revisión de los servicios que prestamos con el fin de verificar si este

se recibe el nivel adecuado de servicios, dependiendo de la condición diagnóstica.

F. Acreditación y Peer Review.

Es posible que necesitemos utilizar o divulgar su información médica con el fin para nosotros revisar las credenciales, calificaciones y acciones de nuestros proveedores de atención médica.

G. Alternativas de tratamiento.

Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que creemos que pueden ser de interés para usted.

H. Recordatorios de citas

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud. Podemos usar y divulgar su información médica, con el fin de ponerse en contacto con usted (incluyendo, por ejemplo, poner en contacto con usted por teléfono y dejar un mensaje en un contestador automático, recordatorios por correo electrónico, mensaje de texto recordatorio de su balance, seguimiento, información RX cualquier información relacionada de su cirugía para recordarle sus citas y otra información. podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que creemos que pueden ser de interés para usted.

I. Asociados comerciales.

Hay algunos servicios (como la facturación o servicios jurídicos) que pueden ser provistos para o en nombre de nuestra práctica a través de contratos con socios comerciales. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información médica a nuestros colaboradores para que ellos puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Para proteger su información médica, sin embargo, requerimos que el socio de negocios para salvaguardar apropiadamente su información.

J. Los individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención.

Podemos revelar información médica sobre usted a un amigo o miembro de la familia que esté involucrado en su atención médica , así como a alguien que ayude a pagar por su cuidado, pero vamos a hacerlo sólo según lo permitido por la ley estatal o federal (con la oportunidad para que usted de acuerdo o se opone con lo previsto en la ley), o de acuerdo con su autorización previa .

K. Como exige la ley.

Revelaremos información médica acerca de usted cuando sea requerido para ello por la ley federal, estatal o la ley o las regulaciones locales.

L. Para evitar una amenaza inminente para la salud o seguridad.

Podemos usar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud física, mental o emocional de la salud o la seguridad o del medio físico

seguridad de otra persona. Tal divulgación sólo sería para el personal médico o de orden público.

M. Donación de Órganos y Tejidos.

Si usted es un donante de órganos, podemos usar y divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos oa un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación de órgano o tejido y transplante.

N. Podemos usar o divulgar su información médica para fines de investigación en ciertas situaciones.

La ley de Texas nos permite divulgar su información médica sin su autorización por escrito a personal calificado para investigación, pero el personal no puede, directa o indirectamente, identificar a un paciente en cualquier informe de la investigación o revelar la identidad de cualquier manera lo contrario. Además, un proceso de aprobación especial se utilizará para fines de investigación, cuando sea requerido por la ley estatal o federal. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información a una Junta de Revisión Institucional o el otro tablero privacidad autorizado para obtener una exención de autorización según la ley HIPAA. Además, podemos usar o divulgar su información médica para fines de investigación si su autorización se ha obtenido cuando sea requerido por la ley, o si la información que proporcionamos a los investigadores es " de – identificado.

O. Militares y Veteranos.

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos usar y divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares correspondientes.

P. Indemnización laboral.

Podemos revelar información médica acerca de usted para compensación de trabajadores o programas similares.

Estos programas proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo. Por ejemplo, si usted tiene lesiones que resultaron de su empleo, el seguro de compensación o un estado obrero de los trabajadores del programa de compensación pueden ser responsables por el pago de su cuidado, en cuyo caso podríamos estar obligados a proporcionar información a la aseguradora o programa.

Q. Riesgos de salud

Podemos revelar información médica acerca de usted a las autoridades de salud pública para actividades de salud pública. Como regla general. Estamos obligados por ley a revelar cierto tipo de información a las autoridades de salud pública, tales como el Departamento de Servicios Estatales de Salud de Texas. Los tipos de información incluyen generalmente información utilizada:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades (incluida la notificación de una enfermedad o lesión en particular).
- Para reportar sospechas de abuso o negligencia infantil.
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con dispositivos médicos y suministros.
- Notificar a personas sobre retiros de productos que puedan estar usando.
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica . Solamente haremos esta revelación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido o autorizado por la ley.
- Proporcionar información acerca de ciertos dispositivos médicos.

- Para ayudar en las investigaciones de salud pública, la vigilancia, o intervenciones.

R. Salud.

Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, civil, investigaciones administrativas o penales y procedimientos, inspecciones, licencias y acciones disciplinarias y otras actividades necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención de salud, ciertos programas de beneficios gubernamentales, ciertas entidades sujetas a las regulaciones gubernamentales que se refieren a la información de salud, y el cumplimiento con la sociedad civil Las leyes de derechos.

S. Problemas legales

Si usted está involucrado en una demanda o una disputa legal , podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa , una citación solicitud de descubrimiento u otro proceso legal. Además de las demandas , puede haber otros procedimientos legales para que podamos ser requerido o autorizado para usar o divulgar su información médica , como las investigaciones de los proveedores de atención de la salud , las audiencias de competencias en los individuos, o reclamos sobre el pago de honorarios por los servicios médicos .

T. Aplicación de la Ley,

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia . En ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica si nos pide hacerlo por parte de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, o si estamos obligados por ley a hacerlo . Podemos revelar su información médica a las fuerzas del orden, si es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para su salud o la integridad física, mental o emocional o la seguridad física de otra persona. Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

U. Los reclusos.

Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica al personal de atención de salud de una institución correccional, según sea necesario para que la institución le proporcionará tratamiento de cuidado de la salud.

V. Mercadeo relacionados con servicios de salud.

Podemos usar o divulgar su información médica para el envío de comunicaciones algún tratamiento o atención médica de operaciones en relación con las alternativas de tratamiento u otros productos o servicios relacionados con la salud. Podemos proporcionar tales comunicaciones a que en los casos en que recibimos una remuneración financiera de un tercero a cambio de hacer la comunicación sólo con su autorización específica a menos que la comunicación: se realiza (i) cara a cara por la Práctica a usted, (ii) se compone de un regalo promocional de valor nominal proporcionada por la Práctica, o (iii) en caso contrario se lo permita la ley. Si la comunicación de marketing implica remuneración económica y se requiere una autorización, la autorización debe indicar que dicha remuneración se tratara. Además, si lo utilizamos o revelamos información a enviar una comunicación de marketing por escrito (según lo definido por la ley de Texas) a través del correo electrónico, la comunicación debe ser enviada en un sobre que muestra sólo el nombre y la dirección del remitente y el destinatario y debe (i) declarar el nombre y número de teléfono gratuito de la entidad que envía la comunicación con el mercado ; y (ii) explicar el derecho del beneficiario a tener el nombre del destinatario eliminado de la lista de correo del remitente.

W. La recaudación de fondos . Podemos usar o divulgar ciertas cantidades limitadas de su información médica para enviarle materiales de recaudación de fondos . Usted tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicaciones de recaudación de fondos. Todos los materiales de recaudación de fondos que le envíen tendrán instrucciones claras y evidentes sobre cómo usted puede optar por no recibir este tipo de comunicaciones en el futuro.

X. Divulgaciones electrónicas de información médica.

Bajo la ley de Texas, estamos obligados a dar aviso a usted si su información médica está sujeta a la electrónica la divulgación. Este aviso sirve como aviso general que podemos revelar su información médica electrónicamente para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica o según lo autorizado o requerido por la ley estatal o federal lo contrario.

III . OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

A. Autorizaciones.

Hay momentos en los que podemos necesitar o querer usar o divulgar su información médica por razones distintas de las enumeradas anteriormente pero para ello necesitaremos su autorización previa. Aparte de documento se indique expresamente cualquier otro uso o divulgación de su información médica requieren su autorización específica por escrito .

B. Notas de psicoterapia,

Comercialización y venta de información médica. La mayoría de los usos y revelaciones de " notas de psicoterapia," usos y divulgaciones de la información médica para fines de marketing, y las revelaciones que constituyen una "venta de informacin médica " bajo HIPAA requieren su autorización.

C. El derecho a revocar la autorización.

Si usted nos proporciona una autorización por escrito para usar o divulgar su información médica para los otros fines, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no podremos utilizar o divulgar su información médica por las razones cubiertas en su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retirar cualquier uso o revelación que ya hayamos hecho confiando en su autorización y que estamos obligados a retener nuestros registros del cuidado que le hemos proporcionado.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA.

Las leyes federales y estatales le proporcionan ciertos derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted. El siguiente es un resumen de esos derechos.

A. El derecho a inspeccionar y copiar.

Bajo la mayoría de circunstancias, usted tiene el derecho de inspeccionar y / o copiar su información médica que tenemos en nuestra posesión, que generalmente incluye los registros médicos y de facturación. Para inspeccionar y copiar su información médica, usted debe presentar su solicitud en ese sentido por escrito a HIPAA Oficial de la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI. Si usted solicita una copia de su información, podemos cobrarle una cuota por el costo de copiar, enviar, o ciertos suministros relacionados con su solicitud. La cuota podemos cobrar será la cantidad permitida por la ley estatal.

Si su información médica solicitada se mantiene en un formato electrónico (por ejemplo, como parte de un registro médico electrónico, registro de facturación electrónica, u otro grupo de registros que mantiene la práctica que se utiliza para tomar decisiones sobre usted) y usted solicita una copia electrónica de esta información, a continuación le ofrecemos la información médica solicitada en la forma y en formato electrónico solicitado, si es fácilmente producible en esa forma y el formato. Si no es fácilmente producible en el formato electrónico solicitado y formato proporcionaremos acceso en un formato electrónico legible y formato según lo acordado por la práctica y usted.

En ciertas circunstancias muy limitadas permitidas por la ley podemos negar su solicitud para revisar y copiar su información médica. Le daremos dicha denegación por escrito. Si se le niega acceso a información médica, usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud escogido por el

Ejercicio revisará su solicitud y la negación. La persona que conduce la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

B. Derecho a enmendar.

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por la Práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser por escrito y presentada al Oficial de HIPAA a la dirección indicada en la Sección VI. En su solicitud, usted debe proporcionar una razón de por qué desea que esta enmienda. Si aceptamos su solicitud, le notificaremos que por escrito.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que: (i) no fue creada por nosotros (a menos que usted proporcione una base razonable para afirmar que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para actuar en el enmienda solicitada), (ii) no es parte de la información mantenida por la Práctica (iii) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (iv) es exacta y completa. Si negamos su solicitud, le notificaremos que la negación por escrito.

C. Derecho a recibir un informe de divulgaciones.

Usted tiene el derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" de su información médica. Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho hasta seis años anteriores a la fecha de su solicitud de su información médica, pero no incluye las divulgaciones para tratamiento, pago, u operaciones de atención médica (como se describe en las Secciones II A, B y C de este Aviso) o se hubieran hecho con su autorización específica (tal como se describe en la Sección III de este document), o ciertas otras revelaciones.

Si hacemos revelaciones a través de un sistema de registros electrónicos de salud (EHR) , usted puede tener un derecho adicional a un informe de las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por favor, póngase en contacto con HIPAA Oficial de la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI de abajo para obtener más información con respecto a si se ha implementado un sistema de EHR y la fecha efectiva, si los hubiere, de cualquier derecho adicional a un informe de las revelaciones hechas a través de un HME a efectos de tratamiento, pago, u operaciones de atención médica . Para solicitar una lista de contabilidad, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de HIPAA de la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI.

Su solicitud debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años (o más de tres años para tratamiento, pago y operaciones de atención médica revelaciones hechas a través de un EHR , en su caso) y no puede incluir

fechas anteriores al 14 de abril 2003 . Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un período de doce meses será gratis. Para listas adicionales, podemos cobrarle una cuota razonable por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.

D. Derecho a solicitar restricciones.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación a la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo.

Excepto por lo previsto en este Aviso, no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción o limitación. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Además, hay ciertas situaciones en las que no vamos a ser capaces de cumplir con su petición, por ejemplo cuando estamos obligados por ley a usar o divulgar su información médica. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito a HIPAA Oficial de la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI de este Aviso a continuación. En su solicitud, usted nos debe decir qué información desea limitar, si desea que limitemos nuestro uso, divulgación, o ambos, ya quien usted quiere que los límites aplicables .Como se indicó anteriormente , en la mayoría de los casos no tenemos que estar de acuerdo a su solicitud de restricciones a las divulgaciones que se permiten de otra manera . Sin embargo, si usted paga u otra persona (que no sea un plan de salud) paga en su nombre por un artículo o servicio en su totalidad, de su bolsillo, y usted pide que no revelemos la información médica relativa exclusivamente a ese artículo o servicio a un plan de salud a los efectos del pago u operaciones de cuidado de la salud, entonces estará obligado a cumplir con dicha solicitud de restricción a menos que la divulgación sea requerida por ley. Usted debe ser consciente de que dichas restricciones pueden tener consecuencias no deseadas, sobre todo si otros proveedores necesitan conocer esa información (por ejemplo, una farmacia surtir una receta). Será su obligación de notificar dichos otros proveedores de esta restricción. Además, tal restricción puede afectar la decisión de su plan de salud para pagar por el cuidado relacionado que es posible que no quieren pagar de su bolsillo (y que no estaría sujeto a la restricción).

E. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre

Rejuvenus Aesthetics, P.A., Registracion, Historial de Salud, Política de Financiamiento, Cancelación y Privacidad de Paciente – Page 24 of 26

Iniciales _____

asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que sólo nos comuniquemos con usted en su casa, no en el trabajo o, por el contrario, sólo en el trabajo y no en casa. Para solicitar este tipo de comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición por escrito a HIPAA Oficial de la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI. No preguntaremos la razón de su solicitud, y utilizaremos nuestros mejores esfuerzos para atender todas las solicitudes razonables, pero hay algunas peticiones con las que no vamos a ser capaces de cumplir. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea ser contactado.

F. Derecho a una copia impresa de este aviso.

Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, usted debe hacer su solicitud por escrito a HIPAA Oficial de la Práctica en la dirección indicada en la Sección VI.

G. Derecho a Breach Notification.

En ciertos casos, podríamos estar obligados a notificar a usted (y potencialmente otras partes) si nos damos cuenta de que su información médica ha sido divulgada de forma incorrecta o no sujetos a una " violación " como se define en y / o requerido por la ley HIPAA y la ley estatal aplicable.

V. CAMBIOS A ESTE AVISO.

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento, junto con nuestras políticas y prácticas de privacidad. Nos reservamos de hacer el aviso revisado o cambiado efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así actual, junto con el anuncio de que se ha realizado cambios, según sea el caso, en nuestra oficina. Cuando se han realizado cambios, puede obtener una copia revisada mediante el envío de una carta a HIPAA Oficial de la Práctica en la dirección indicada en la sección VI o preguntando a la recepcionista de la oficina para obtener una copia actualizada del aviso.

VI. Quejas

Si usted cree que sus derechos de privacidad que se describen en este aviso han sido violados, usted puede presentar una queja ante la practica en la siguiente direccion o numero de telefono.

Rejuvenus Aesthetics, PA
A la atencion de HIPAA Oficial
2105 West Davis Street Suite B.
Conroe, TX 77304
(936)760-2696

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente

Fecha