



3450 W. Wheatland Rd., Suite 425, Dallas, TX 75237
(Physician Office Building II)
P (972) 298-6641 F (972) 298-2749

Bienvenido a nuestra práctica. Apreciamos su selección de nuestra oficina para atender sus necesidades médicas y cosméticas. Nuestro objetivo es brindarle una atención excepcional e individualizada a través de la amplia gama de procedimientos plásticos y reconstructivos que realiza el Dr. Hopkins.

Originario de Fort Worth, TX, el Dr. Hopkins comenzó su carrera médica en 1987 cuando recibió su D.D.S. del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio y luego se especializó en Cirugía Oral y Maxilofacial en el Washington Hospital Center en Washington, D.C. Luego asistió a la Facultad de Medicina de la Universidad de Alabama en Birmingham, donde se graduó en 1993.

Completó seis años de capacitación especializada en Cirugía Plástica y Reconstructiva en Providence Hospital en Southfield Michigan, y Mano, Extremidades Superiores y Microcirugía en Baptist Hospital en Oklahoma City, OK. El Dr. Hopkins ha ejercido su práctica privada aquí en Dallas desde 1999.

El Dr. Hopkins es miembro de la Asociación Médica Estadounidense, la Asociación Médica de Texas, la Sociedad Médica del Condado de Dallas y la Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos. Actualmente forma parte del personal del Centro Médico Metodista Charlton, el Centro Médico Metodista Dallas y el Centro Médico Metodista Mansfield.

El Dr. Hopkins tiene triple certificación, con certificaciones de la Junta Estadounidense de Cirugía Plástica tanto en Cirugía Plástica y Reconstructiva como en Cirugía de la Mano, así como de la Junta Estadounidense de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Todo nuestro personal trabaja como un equipo. Estamos muy orgullosos de la capacitación y las capacidades de cada miembro del personal y esperamos que comparta nuestra confianza en nuestra capacidad para brindarle un servicio completo.

Nuestra oficina está abierta de lunes a viernes de 8:15 a. m. a 3:00 p. m. Los pacientes son atendidos únicamente mediante citas programadas. Le pedimos que llegue aproximadamente 15 minutos antes de su cita y es posible que se le solicite reprogramar su cita si llega más de 5 minutos tarde. Entendemos que es posible que sea necesario cambiar las citas, por lo que le pedimos que llame con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita programada.

Hemos adjuntado nuestros formularios de registro de pacientes y le solicitamos que los complete antes de su cita programada. Junto con sus formularios de registro, le pedimos que traiga su identificación con fotografía, tarjeta(s) de seguro y una lista de los medicamentos que está tomando actualmente.

No dude en ponerse en contacto con nuestra oficina si tiene alguna pregunta antes de su cita. ¡Esperamos conocerle!

Atentamente,

J HOPKINS PLASTIC SURGERY



****Por favor de traer alguien conusted para traducen en sus citas.****

Home Cell Phone/Telefono: _____ Date/Fecha: _____

Patient Name/Nombre: _____ SS#: _____

Address/Direccion: _____

City, State. Zip/Cuidad,Estado, Codigo Postal: _____

Sex: M F Age/Edad: _____ Date of Birth:/_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento Married/ Single/ Minor/
Casado(a) Soltero(a) Menor

Email/Correro Electronico: _____ Preferred Communication/ Call Text Email

In case of an emergency, who may we contact? _____
En caso de una emergencia, ¿a quién podemos contactar?

Emergency Contact Phone/Numero de contaco de emergencia: _____

Pharmacy Name and Location/ _____
Nombre y ubicación de la farmacia:

Insurance Information/Seguro Medico

Self-Pay
Primary Insurance _____ Phone _____

Subscriber ID _____ Subscriber Group _____

Secondary Insurance _____ Phone _____

Subscriber ID _____ Subscriber Group _____

Workers Compensation Insurance _____ Phone _____

Claim Number _____ Adjuster Name _____

Employer _____ Employer's Phone _____

Assignment and Release/ Asignacio y Lanzamiento

Certifico que yo y/o mis dependientes tenemos cobertura de seguro con las compañías mencionadas anteriormente y asigno directamente al Dr. Hopkins todos los beneficios del seguro, si los hubiere, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros. El médico mencionado anteriormente puede usar mi información de atención médica y puede divulgar dicha información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pagos por el servicio y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Este consentimiento finalizará cuando se complete mi plan de tratamiento actual.

Signature of patient, parent, guardian or personal representative

Date/Fecha

Imprimir nombre/ Print Name of above signature

Date/Fecha



Historia médica

En esta época de conocimiento médico en rápida expansión y de creciente especialización asociada a él, existe un riesgo muy real de que el médico especialista conozca la salud general y los antecedentes médicos de los pacientes. En ocasiones, dicha información puede afectar de manera crítica los procedimientos que podemos realizar con usted de manera segura y bajo qué circunstancias. Por lo tanto le pedimos que nos proporcione la siguiente información médica.

Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Ocupacion: _____

Razón para ver a un cirujano plástico: _____

Por favor consulte otras áreas de interés. Levantamiento/Reducción de Senos Aumento de senos Abdominoplastia Estiramiento facial Cirugía de párpados Inyectable - Botox/Juvederm

Indique cualquier medicamento que esté tomando actualmente, incluidos medicamentos sin receta, vitaminas y/o hierbas.

Table with 4 columns: Nombre del medicamento, Dosis, Nombre del medicamento, Dosis

Please list all drug allergies and reactions:

Table with 4 columns: Nombre del medicamento, Reacción, Nombre del medicamento, Reacción

Por favor, comprueba si lo has usado alguna vez. LSD Cocaína Marijuana Ninguna Otra _____

¿Es usted o ha sido alguna vez fumador? Si No Si lo dejas, ¿hace cuánto tiempo? _____

¿Cuánto fumas/fumaste? _____

¿Cuánto alcohol bebes? _____ Tipo? _____

¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Si No Número de embarazos _____ Numero de bebes _____

¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido alguna vez una reacción inusual a la anestesia? (Ej. Debilidad muscular, ictericia, problemas respiratorios o fiebres inesperadas) Si No Si es así, ¿qué? _____

¿Alguna vez has visto a un cardiólogo? Si No Nombre del cardiólogo: _____ Fecha de su ultimo EKG: _____

¿Alguna vez te has hecho una mamografía? Si No Fecha/Resultados: _____

Enumere todas las cirugías que haya tenido (incluidas plásticas o cosméticas) o admisiones hospitalarias con fechas:

Table with 4 columns: Tipo, Fecha, Tipo, Fecha

¿Quién es su médico de atención primaria? (PCP): _____ Numero: _____

¿A quién le agradecemos por recomendarlo, si no es su PCP? _____

De verdad que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Signature _____ Date _____

Print Name _____

Jeffery D. Hopkins, M.D. Medical History

Patient Name/Nombre:

DOB/Fecha de nacimiento:

Antecedentes familiares: ¿algún pariente consanguíneo ha tenido alguna vez lo siguiente?

	Y	N		Y	N		Y	N
Cáncer de mama			Hipertensión			Nefropatía		
Melanoma			Cardiopatía			Depresión		
Ataque			Diabetes			coágulos de sangre		

Historial médico pasado: ¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?

	Y	N		Y	N		Y	N
Anemia			Asma			Enfermedad de la tiroides		
Artritis			SIDA o VIH			Tendencia al sangrado		
Cáncer			Hipertensión			Ataque		
Diabetes			Prolapso de la válvula mitral			Hepatitis		
Cardiopatía			Úlcera de estómago			Coágulos de sangre/TVP/EP		
Glaucoma			Nefropatía					

¿Tiene ACTUALMENTE alguno de los siguientes?

Constitucional	Y	N	Garganta y boca	Y	N	Genitourinario	Y	N
Fiebre			Ronquera			Disuria		
Escalofríos			cambio de voz			Urgencia		
Malestar			Sangrado/Encías hinchadas			Frecuencia		
Cambios de peso			Extracción dental reciente			nicturia		
Aumento/disminución del apetito			Dolor de garganta frecuente			ETS		
Sudores nocturnos			dolor de lengua			sangre en la orina		
Piel			Úlceras en la boca			Poliuria		
Erupción			alteración del gusto			Vacilación		
Picor			Respiratorio			Regate		
Cambio de color			Respiración dolorosa			paso de piedra		
sudoración excesiva			Dificultad para respirar			Neurológico		
Crecimiento anormal de uñas/cabello			Cianosis			Síncope		
Cambio de textura			Sudores nocturnos			Convulsiones		
Cabeza			Exposición a la tuberculosis			Debilidad/Parálisis		
dolores de cabeza			sibilancias			Sensaciones abdominales		
Mareo			Fecha/Resultados de última radiografía tórax			Temblores		
Síncope						Pérdida de memoria		
Historia de lesión grave en la cabeza.			Cardiovascular			Endocrino		
Ojos			Dolor en el pecho			tiroides agrandada		
Borrón			palpitaciones			Intolerancia al calor/frío		
diplopía			Hipertensión			Cambios con el cabello		
Fotofobia-sensibilidad a la luz.			Dificultad para respirar			Diabetes		
Dolor			Dolor/hinchazón en las piernas			Polidipsia		
Problemas de agudeza visual			Despertar nocturno debido a la respiración.			Dobladillo/Onc/Lymh		
Cambios recientes en la visión.			Gastrointestinal			Anemia		
Orejas			Acidez			Tromboflebitis		
pérdida de audición			Náuseas			Tendencia a hematomas		
Dolor			Hemorroides			Historia de las transfusiones		
Descargar			dificultad para tragar			Tromboflebitis		
tinnitus			Ictericia			Psiquiátrico		
Vértigo			Historia de úlceras, pólipos, tumores.			Depresión		
Nariz			Musculoesquelético			Cambios de humor		
Obstrucción			Rigidez articular			Pensamientos suicidas		
Sangrados de nariz			Dolor en las articulaciones			Irritabilidad		
dolor sinusal			Hinchazón/enrojecimiento			Alérgico/Inmunológico		
Cambios de olfato						Asma		
Resfriados frecuentes						Alergias		
Descarga posnasal						Urticaria		
						Rinitis alérgica		


POLÍTICAS DE PRÁCTICA

1. El Dr. Hopkins atiende pacientes con cita previa solo los lunes y martes y nuevamente los viernes por la mañana. Puede comunicarse con el personal de nuestra oficina durante los siguientes horarios:

Lunes - Viernes 8:00 am a 3:00 pm *Cerrado de 12:00 a 13:00 horas. para el almuerzo

2. Se solicita a todos los pacientes de nuestra oficina que lleguen 15 minutos antes de la hora programada para completar o revisar cualquier documentación necesaria y otros asuntos administrativos. Los pacientes tardíos serán reprogramados.
3. Nuestra oficina realiza llamadas de cortesía para recordarle su cita. También le proporcionamos una tarjeta de cita y le ofrecemos una opción de recordatorio automático (correo electrónico, texto, voz). Tenga en cuenta que cobramos una tarifa por no presentarse por todas las citas perdidas. Por favor planifique en consecuencia.
4. Tres inasistencias consecutivas, cancelaciones o citas reprogramadas darán lugar a la terminación de la atención por incumplimiento. Dos cirugías reprogramadas o canceladas también resultarán en la terminación de la atención por incumplimiento.
_____ Iniciales del paciente
5. Requerimos un aviso de reprogramación o cancelación mínimo de 24 horas. Aplicamos una tarifa administrativa de \$50.00 por no presentarse que debe pagarse antes de reprogramar su próxima cita. A las cirugías hospitalarias mayores y procedimientos menores de consultorio cubiertos por la instancia que se cancelen con 3 días o menos de aviso se les cobrará una tarifa administrativa de \$250.00.
6. El mejor momento para renovar su receta es durante su cita. Cuando esto no sea posible, le pedimos que se comunique con su farmacia y que envíe sus solicitudes de reabastecimiento por fax durante el horario comercial al (972) 298-2749. Espere 3 días hábiles para procesar estas solicitudes.
7. Las solicitudes de resurtido de recetas que no sean de emergencia fuera del horario comercial pueden generar un cargo administrativo de \$75.00 en su cuenta.
NO llame al Dr. Hopkins fuera del horario de atención para resurtir una receta o cualquier otro problema que no sea de emergencia. Si se llama al Dr. Hopkins, por problemas que no son de emergencia o resurtidos de recetas, se deberá pagar la tarifa administrativa antes de que se envíe el resurtido o de su próxima visita al consultorio. Si tiene una emergencia médica fuera de nuestro horario comercial mencionado anteriormente, llame al 911 o visite la sala de emergencias más cercana.
8. Los pacientes son responsables de notificarnos sobre cualquier cambio en la cobertura del seguro, domicilio y/o número de teléfono, así como sobre nuevos medicamentos u otros asuntos que afecten su plan de tratamiento.
9. Ciertos planes de seguro médico requieren una remisión o autorización previa de su Proveedor de atención primaria (PCP) antes de visitar a un especialista y esto es responsabilidad del paciente. El incumplimiento de los requisitos de su plan puede resultar en un pago menor o nulo y el paciente deberá pagar el saldo total.
10. Con el pleno consentimiento del paciente, el médico o el personal podrán tomar fotografías clínicas. Las fotografías se utilizarán con fines médicos, científicos, de marketing o educativos y seguirán siendo propiedad de Jeffrey D. Hopkins, D.D.S., M.D.
11. El Dr. Hopkins hace todo lo posible para cumplir con el cronograma; sin embargo, como cirujano que trata emergencias, esto no siempre es posible. Sabemos que su agenda está ocupada y apreciamos mucho su comprensión si se está retrasando.
12. Esta práctica puede modificar la práctica y las políticas financieras según sea necesario.

Firma del paciente o tutor

Fecha

* La firma de un adulto para un paciente menor acepta el aviso anterior de las Políticas de práctica.



POLÍTICA FINANCIERA

Estamos dedicados a brindarle la mejor atención posible, y queremos que comprenda completamente nuestras políticas financieras.

1. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad y su póliza es un contrato entre usted y la compañía de seguros. Como cortesía, las reclamaciones se presentarán en función de la información que usted nos proporcione.
2. La cobertura del seguro puede cambiar en cualquier momento y se espera que el paciente proporcione una tarjeta de seguro válida en cada cita. Es su responsabilidad notificarnos cualquier cambio que pueda afectar las reclamaciones pendientes. También solicitamos notificación de nuevos números de teléfono o domicilio.
3. Se espera que los pacientes con seguro paguen los copagos, deducibles, montos de coseguro y servicios no cubiertos en el momento en que se presta el servicio.
4. Las consultas cosméticas cuestan \$100.00 y deben pagarse al momento de programar. Si pierde su cita y desea reprogramar, se le pedirá que pague otra tarifa de consulta. Los procedimientos de cirugía estética requerirán un depósito del 20% al momento de programar y son reembolsables hasta 30 días antes de la fecha programada de la cirugía. Se espera que los procedimientos cosméticos y quirúrgicos no cubiertos por el seguro se paguen en su totalidad dos semanas antes de la fecha programada para la cirugía.
5. La responsabilidad financiera del paciente puede cambiar dependiendo de cómo la compañía de seguros procese el reclamo. Se enviará un extracto con el saldo adeudado y se pagará al recibirlo.
6. Las preguntas sobre la cobertura o las disputas sobre reclamos procesados deben dirigirse a la compañía de seguros al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta.
7. Requerimos un aviso mínimo de reprogramación o cancelación de 24 horas. Aplicamos una tarifa administrativa de \$50.00 por no presentarse para todas las citas médicas, que debe pagarse antes de reprogramar su próxima cita. **TODAS** las cirugías hospitalarias mayores y consultorios menores
8. Los procedimientos requieren un depósito de seguridad de \$500 para asegurar la fecha de la cirugía. Este depósito de seguridad **NO ES REEMBOLSABLE** si cancela cirugía dentro de los 10 días siguientes a la cirugía programada. **(se requiere inicial).**
9. El Dr. Hopkins cobra una tarifa de \$75 para completar formularios de discapacidad, aptitud laboral para el deber o formularios FMLA. Estos formularios deben ser completados por el PCP de los pacientes. Si se necesitan registros, pueden ser solicitados por la oficina de discapacidad y/o el empleador. El paciente también puede firmar un formulario de divulgación de registros médicos para enviarlo a otra parte.
10. Los reclamos de Compensación para Trabajadores pasarán a ser responsabilidad total del paciente en caso de que se rechace el reclamo. Es responsabilidad del paciente proporcionar esta información al consultorio. Las citas se reprogramarán si el paciente no tiene esta información o si puede pagar una tarifa de visita al consultorio por su cuenta. No participamos en reclamaciones de seguros de responsabilidad civil a terceros (automóvil, propietario de vivienda, etc.).
11. En caso de que su cuenta esté vencida, es posible que se aplique un cargo por pago atrasado y se agregue al saldo. Si no se ha realizado ningún pago después de recibir su tercer estado de cuenta, su cuenta se enviará para cobro y cualquier costo, honorarios de abogados u otros gastos serán su responsabilidad y se agregarán a su cuenta. El incumplimiento de nuestra política financiera podría resultar en la terminación de la atención.
12. Nuestra oficina acepta efectivo, VISA, MasterCard, Discover y American Express. El financiamiento está disponible a través de Alphaeon y Care y se basa en la aprobación de su solicitud en línea.
13. He leído y entiendo la política financiera anterior y por la presente autorizo la presentación de reclamos médicos a mi compañía de seguros para el pago. Asigno todos los pagos del seguro a Jeffrey D. Hopkins, D.D.S., M.D. Inc. y acepto la responsabilidad financiera total de cualquier pago no cubierto o pagado por mi seguro.

Nombre de paciente / Firma del paciente o tutor

Fecha

*El adulto que firma para un paciente menor acepta esta política y acepta la responsabilidad financiera de la cuenta.



Preparación financiera para la cirugía

Esta carta se entrega a todos los pacientes que acuden a nuestra oficina para una consulta quirúrgica con el Dr. Hopkins.

Es muy importante para nosotros que todos nuestros pacientes comprendan completamente sus obligaciones financieras, junto con nuestras políticas de pago y cancelación antes de someterse a una cirugía con J Hopkins Plastic Surgery. Cuando programe una cirugía, debemos reservar tiempo en el quirófano del centro elegido. En estas instalaciones, el Dr. Hopkins ha asegurado tiempo en el quirófano, con enfermeras quirúrgicas, técnicos y anestesiólogos disponibles. Ambas instalaciones responsabilizan al Dr. Hopkins si no se utiliza este tiempo. Además, debemos rechazar a todos los demás pacientes que quieran operarse en el día y la hora que hemos reservado en su nombre. La política anterior también se aplica a los procedimientos realizados en nuestra oficina: según los compromisos financieros y de tiempo que debe asumir el Dr. Hopkins, le pedimos que sea definitivo acerca de su deseo de someterse a la cirugía y que se asegure de tener los fondos disponibles antes de programar su cirugía.

Después de su consulta, nuestra oficina buscará una autorización para la cirugía de su proveedor de seguros. Esto puede tardar hasta tres semanas. Una vez recibido, nuestro equipo obtendrá información sobre la cobertura de sus beneficios, que incluye deducibles, coseguro y/o cualquier copago adeudado. Cualquier responsabilidad de bolsillo (OOP) del paciente debe pagarse antes de la cirugía. Esta será solo **una tarifa estimada**. El Acuerdo de Depósito Quirúrgico se describe a continuación.

Cuando crea que comprende el contenido de este formulario y esté de acuerdo con los términos, firme y feche en la línea que se indica a continuación.

- Una vez que mi cirugía esté programada con el Dr. Hopkins y el quirófano/sala de procedimientos del consultorio esté reservado a una hora específica para mí y ya no esté disponible para otros pacientes. Por lo tanto, acepto enviar un depósito quirúrgico reembolsable de \$500, más el 50% del costo quirúrgico (si corresponde) en el momento en que solicito que se programe mi cirugía.
- El costo quirúrgico restante (si corresponde) debe pagarse por no menos de **DOS** semanas antes de la fecha de su cirugía. Los honorarios del quirófano y de la anestesia se le facturarán directamente a usted, el paciente. Cada centro tiene políticas de pago específicas que se definirán durante el proceso de programación de la cirugía.

Tenga en cuenta que SÓLO obtenemos beneficios por los servicios del Dr. Hopkins. No obtenemos beneficios por honorarios de hospital, anestesiólogo, laboratorio y/o radiología. Debe anticipar el pago de una tarifa OOP al hospital el día de su cita preoperatoria. El hospital no sabrá cuál es su tarifa OOP hasta que se programe su cirugía.

Requerimos que los pacientes se comuniquen con el departamento de servicios financieros de MCMC o MDMC después de que hayamos programado su futura cirugía. La información de contacto se le proporcionará en el momento en que se le notifique la aprobación, pero también se incluye a continuación para su referencia futura. También **requerimos** que se comunique con su seguro médico para analizar sus beneficios, como deducibles, copagos o coseguros de los que **el paciente es responsable**.

Algunos procedimientos quirúrgicos están cubiertos bajo un período global de seguro, lo que significa que su cuidado postoperatorio está cubierto bajo su pago quirúrgico durante una cierta cantidad de días después de la cirugía (10/30/60/90 días).

Sin embargo, si hay un saldo después de que se pague su reclamo, se le pedirá que lo pague antes de citas futuras. Si necesita ayuda con esto, visite nuestro sitio web @ www.drjhopkins.com para obtener enlaces a Care Credit y/o Alphacon Credit.

Política de Cancelación y Reprogramación:

- Cancelación al menos **30 días** antes de la fecha de la cirugía - Reembolso total del depósito
- Cancelación **menos de 30 días** antes de la fecha de la cirugía - Pérdida del depósito
- Cancelación **7 días o menos** antes de la cirugía - Pérdida del 50% de los honorarios del cirujano
- Reprogramar su cirugía más de una vez: tarifa de reprogramación de \$300

No se retendrán fondos en caso de reprogramación o cancelación por nuestra parte, o en el caso de una razón médica documentable con una declaración del médico tratante.

- MCMC- Servicios financieros del Centro Médico Metodista Charlton- 214-945-5516
- MDMC- Servicios financieros del Centro Médico Metodista de Dallas- 214-947-3422

ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS ANTERIORES

Firma

Fecha

Nombre



Directiva avanzada

Una directiva anticipada es un documento legal que dice cómo desea que lo atiendan si no puede tomar decisiones. Puede incluir qué tratamientos médicos desearía y en quién confiaría para tomar decisiones por usted.

Una directiva anticipada también puede incluir otros documentos legales. Un testamento vital es una lista de preferencias de tratamiento. Puede usarse para indicar si desea reanimación cardiopulmonar (RCP), alimentación por sonda, un respirador o ciertos medicamentos, como antibióticos.

El documento de poder notarial duradero para atención médica identifica a la persona que usted desearía que tomara decisiones médicas por usted. A esta persona también se le llama apoderado. Su apoderado debe estar familiarizado con sus valores y deseos.

Las directivas anticipadas constan de las siguientes formas legales:

- Directiva para el médico y el sustituto familiar
- Poder médico
- Orden de no reanimación fuera del hospital (DNR)
- Declaración de Tratamiento de Salud Mental

Sí, tengo una directiva anticipada. (proporcione a nuestra oficina una copia de su directiva anticipada)

No, no tengo directivas anticipadas.

Firma de paciente

Fecha

Nombre de paciente

Tutor o representante personal

Fecha

Relación con el paciente



AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información médica protegida individual. (FI). Al realizar nuestro negocio, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y servicios que le brindamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica.

También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica. Su PHI puede usarse para su tratamiento médico y puede usarse en las operaciones de atención médica de nuestro negocio. Ejemplos de esto pueden ser presentar un reclamo a su compañía de seguros, compartir su información de salud con otras personas que usted autorice o con otros profesionales que lo estén tratando.

Tiene muchos derechos según HIPAA y nuestra política completa explica esos derechos en detalle. Ejemplos de esos derechos incluyen los siguientes:

- Tiene derecho a restringir ciertos usos de su PHI.
- Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI.
- Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su PHI.
- Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso de prácticas de privacidad completo.

He leído y entiendo esta versión modificada del aviso HIPAA de Jeffrey D. Hopkins, D.D.S., M.D?. También soy consciente de que una versión completa de este aviso está disponible y una copia está disponible a mi solicitud.

Firma de paciente o Tutor

Fecha

ACUERDO DE CONTACTO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Por favor contácteme con mi información de salud (resultados de descanso, etc.) de la siguiente manera:

- Número de casa: _____
- Número de trabajo: _____
- Número de celular: _____

Puedo dejar mensajes en el contestador automático de mi casa: Sí No

Puedo dejar mensajes en mi correo de voz del trabajo: Sí No

Los mensajes relacionados con mi atención médica pueden dejarse en: _____

Firma del paciente o tutor

Fecha

Imprimir nombre



Advertencia del Cirujano Plástico a todos los pacientes fumadores:

Como fumador, o si está expuesto al humo de segunda mano, puede desarrollar complicaciones como mala cicatrización de heridas, infecciones y malas cicatrices después de la cirugía. Las heridas no sanarán sin un buen suministro de sangre y oxígeno circulante. Fumar reduce el flujo sanguíneo a la herida al contraer los pequeños vasos sanguíneos; reduce la capacidad de la hemoglobina para transportar oxígeno a la herida; y reduce la cantidad de oxígeno entregado a la herida. Fumar aumenta el riesgo de infecciones de heridas quirúrgicas.

Fumar plantea problemas para las cirugías de la mano. La reducción del flujo sanguíneo es un motivo de preocupación específico en la mano, en gran parte porque hay muchos vasos sanguíneos diminutos en estas extremidades. Fumar un solo cigarrillo puede reducir el flujo sanguíneo a los dedos en más de un 40 por ciento durante hasta una hora.

Si le van a realizar un levantamiento o reducción de senos y fuma, sus pezones podrían volverse negros y caerse. Si se somete a una abdominoplastia y fuma, puede contraer una infección que provoque una gran herida abierta que tardará tres meses en sanar. Si te estás haciendo un lifting facial y fumas, la piel de tus mejillas podría volverse negra y desprenderse, dejando grasa expuesta.

Los fumadores que se someten a cirugía plástica, de mano o de heridas tienen un mayor riesgo de tener una cirugía fallida. resultado.

Dejar de fumar antes de la cirugía

Para sanar bien después de la cirugía, debe dejar de fumar.

- Si no puede dejar de fumar de golpe, comience la terapia de reemplazo de nicotina lo antes posible. Puede comprar chicles, pastillas y parches de nicotina en su farmacia local. Los medicamentos adicionales para dejar de fumar necesitan una receta de su médico de atención primaria.
- Dejar de fumar al menos cuatro semanas antes y ocho semanas después de la cirugía ayudará a que las heridas quirúrgicas sanen con un riesgo notablemente menor de complicaciones posquirúrgicas.
- Los apósitos, la ropa, los muebles y el papel pintado absorben el humo del cigarrillo. Si vive en una casa donde hay humo (humo secundario), la curación de sus heridas puede verse potencialmente comprometida.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Imprimir nombre