

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:

International Craniofacial Institute
ATTN: Privacy Manager
7777 Forest Lane, Suite C717
Dallas, TX 75230

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

(imprima el nombre de paciente)

(firma paciente o guardián legal si menor)

(fecha)

LIBERACION de FOTOGRAFIA

Yo, _____(nombre de paciente) por la presente de International Craniofacial Institute el absoluto e irrevocable derecho y permiso, con respecto a fotografías que él ha tomado de mí y/o en que puedo ser incluido con otros:

- A) Para registrar en el registro de la propiedad literaria el mismo en su propio nombre o cualquier otro nombre que él puede escoger.
- B) Para usar, volver a emplear, para publicar y/o re-publica el mismo en el total o en la parte, individualmente o en unión con otras fotografías, en ningún medio y para propósito todo lo que incluyendo (pero no por limitación) la ilustración, la promoción y/o la publicidad y/o el comercio.
- C) Para usar mi nombre en la conexión con eso si él tan escoge.

Yo por la presente libero y descargo el Instituto Internacional de Craniofacial de cualquier y todo reclama y demanda surgir fuera de o con respecto al uso de las fotografías, inclusive cualquier y los reclamo para el difamación. Esta autorización y la liberación asegurarán también al beneficio de los representantes legales, los concesionarios y asignan del Instituto Internacional de Craniofacial así como también la persona (s) para quien él tomó las fotografías. He leído el renunciar y entiendo completamente el contenido del mismo.

(firma de paciente o guardián legal sí menor)

(fecha)

(testigo)

(fecha)

LA AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACION DE SALUD

Usted tiene el derecho de privacidad. Esto significa que toda información obtenida como una parte de este estudio sólo se usará como descrita abajo. Los resultados de este estudio se pueden publicar en un libro o el diario científicos. Si esto se hace, su nombre no se usará sin su permiso escrito específico. Además, si fotografías, las cintas de audio o cintas de video se toman durante el estudio, entonces usted debe dar el permiso escrito especial para su uso. Toda información acerca de usted de este proyecto de investigación se mantendrá en un espacio cerrado.

Firmando este acuerdo que usted concuerda en permitir el Instituto Internacional de Craniofacial y su personal y el patrocinador del estudio, _____ (patrocinador), para usar y revelar información de salud que identifica usted para los propósitos descritos abajo. Usted concuerda también permitir que Medical City Dallas Hospital, su personal, sus doctores, y sus otros proveedores del cuidado de la salud para revelar información de salud en sus registros médicos a los Investigadores y el patrocinador para los propósitos descritos abajo.

Los investigadores y el Patrocinador pueden usar y poder compartir su información de la salud para conducir la investigación. Ellos pueden usar su información de la salud como se describe en el consentimiento de información. Ellos pueden revelar su información de la salud como requerido por la ley y a representantes de organizaciones de gobierno, de las tablas de la revisión, y de otras personas que son requeridas a vigilar sobre la seguridad y la eficacia de productos y terapias médicas y del conducto de investigación.

Si información que se podría usar para identificarlo ha sido quitado, entonces la información que permanece no es más larga con sujeción a esta Autorización y se puede usar y puede ser revelada por Investigadores y Patrocinador como permitido por la ley. Una vez que su información de la salud ha sido revelada a otro partido como indicado arriba, las leyes federales de la intimidad no pueden más largo lo protege de revelación adicional. Sin embargo, los Investigadores y el Patrocinador concuerdan en proteger su información de la salud usando que revela sólo como se permitió por usted en esta Autorización. Estas limitaciones continuarán aunque usted revocar (tomará espalda) su Autorización.

Usted no tiene el da este permiso y está bien rehusar para firmar esta sección de la forma del consentimiento. Su doctor todavía lo tratará aunque usted no dará este permiso para esta liberación de información. Su seguro pagará sus cuentas médicas si usted no da su permiso. Sin embargo, desde que es importante para la gente listó encima de tener acceso a su información, Si usted no firma este Acuerdo, usted no puede estar en el estudio de investigación.

Mientras la investigación está en el progreso, usted no será permitido ver cualquier información de la salud que se crea o es reunido. Después que la investigación se termina, usted puede ver la información si usted desea. A menos que el permiso se retire específicamente, este permiso no expirará a fines del estudio de investigación. Usted puede solicitar una copia de esta Autorización después que usted lo ha firmado.

INTERNATIONAL CRANIOFACIAL INSTITUTE

7777 Forest Lane, Suite C717, Dallas TX 75230

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. Estaremos contentos de aceptar el pago a través de su seguro si usted es miembro de un plan de seguro con el cual tenemos un contrato. 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.

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.

Nosotros con gusto responderemos cualquier pregunta refiriéndose a 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 hacemos todas las reclamaciones de cirugía a su aseguradora de seguro y haremos un esfuerzo razonable para maximizar el reembolso que se le dará. Si su cobertura de seguro es por medio de un plan en el cual nosotros no tenemos un contrato, un deposito del 20% de la cirugía será requerido lo mas tardar 14 días antes de la cirugía programada. Si aseguradora reembolsa mas del balance, usted recibirá su reembolso con prontitud.

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.

Esta forma debe estar firmada antes del servicio. Será parte de su expediente en nuestra oficina.

Yo en conciencia asigno, transfiero y doy al International Craniofacial Institute todos mis derechos titulados y interés en mi beneficio de reembolso medico bajo mi póliza de seguro de mi compañía de seguro actual.

Firma: _____ Fecha: _____

INTERNATIONAL CRANIOFACIAL INSTITUTE
 7777 Forest Lane, Suite C717, Dallas TX 75230
Historial Medico del Paciente (Adulto)

ALERGIAS:

A tenido o tiene alguna tipo de alergia? Si No
 Si a sí es, por favor anote el tipo y las reacciones: _____

HISTORIA FAMILIAR

Ha tenido algún pariente de sangre familiar directo que haya pasado:
 Diabetes? Si No
 Cáncer? Si No
 Enfermedad cardíaca? Si No

Otro _____

Esta tomando medicamento para las condiciones siguientes?	Medicamento	Dosificación	Que tan seguido?
Diabetes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Alta presión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Anemia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Nerviosismo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Sueno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Enfermedad de corazón Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tiroides Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Medicamento para dolor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Birth Control Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Menopausia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Por favor anote cualquier otro medicamento que esta tomando (incluyendo la dosificación y que tan seguido)

Toma aspirina o productos que contengan aspirina: Si No

CIRUGÍAS PREVIAS:

A tenido alguna operación? Si No (Por favor incluya procedimientos cosméticos)
 Si es así por favor anote las abajo:

Año	Tipo de operación / Medico
_____	_____
_____	_____

Ha experimentado una hipertermia maligna? Si No

A estado enbarasada? Si No Numero de niños _____

ENFERMEDADES MAYORES:	Si	No	Date	Si	No	Fecha	
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cataract	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Sobre-Activa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<i>Bajo-Activa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

ADICIONAL:

Estatura _____ Peso _____ Presión Arterial _____
 Usted Fuma? Si No Usted toma alcohol? Si No
 Cuando fue su mas reciente: radiografía de tórax _____ EKG _____ Físico completo _____
 Incluya por favor cualquier otra condición, enfermedad o discapacidad medica que usted pueda tener:

Firma: _____ Fecha: _____

INTERNATIONAL CRANIOFACIAL INSTITUTE

7777 Forest Lane, Suite C717, Dallas TX 75230

Información de la Paciente

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Casero() _____
Trabajo() _____ Celular() _____
Email _____
Método preferió del contacto _____
Fecha del nacimiento _____ Sexo _____ Estado Civil _____
Seguro Social _____
Licencia (Auto) # _____ Estado _____
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 (2 personas que no vive con usted)

Nombre _____
Teléfono () _____ Parentesco _____
Nombre _____
Teléfono () _____ Parentesco _____

¿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 ICI en la fecha firmada.

Firma _____ Fecha _____
Firma Actualizar _____ Fecha _____
Firma Actualizar _____ Fecha _____