

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

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.

(imprima el nombre de paciente)

(firma paciente o guardián legal si menor)

(fecha)

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 (Niño)

HISTORIAL DE EMBARAZO, NACIMIENTO, Y ETAPA DE INFANTE

Sí No

1. Tuvo algunas enfermedades o problemas durante SU embarazo? _____
2. Hubo problemas durante el parto? _____
3. El nacimiento fue por cesárea? _____
4. Tuvo el bebe problemas respiratorios después del nacimiento? _____
5. Cual fue le peso del bebe? _____lb. _____oz. _____
6. Tuvo el niño problemas de salud o de alimentación los durante primeros 2-3 meses? _____
7. Como bebe tuvo el niño dificultad aumentando peso? _____
8. A tenido su niño algunas infecciones? _____

HISTORIA GENERAL DE SALUD Y DESARROLLO

1. Tiene el niño alergias a comidas o medicamentos? _____
 Si es así anote las por favor: _____
2. Anote todos los medicamentos y las dosis que su niño esta o estuvo tomando

3. Ha tenido su niño lo siguiente?

<input type="checkbox"/> Defectos del corazón	<input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Fracturas de huesos
<input type="checkbox"/> Accidentes serios	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Anginas y/o Adenoides removidas

 Otras condiciones o enfermedades _____

Discapacidades _____

4. Tiene o a tenido su niño lo siguiente:

Infecciones de oídos frecuentes?	Si	No
5 o más resfriados/ infección de la garganta del año pasado a la fecha?	_____	_____
Convulsiones?	_____	_____
Problemas con la audición ?	_____	_____
Problemas dentales?	_____	_____

5. Tiene su niño todas sus vacunas? _____
6. Ha sido hospitalizado por cirugías que no se han realizado por nuestro medico:

Edad _____	Fecha _____	Enfermedad o Operación/ Medico _____
Edad _____	Fecha _____	Enfermedad o Operación/ Medico _____
Edad _____	Fecha _____	Enfermedad o Operación/ Medico _____

HISTORIA FAMILIAR

1. Es su niño adoptado? Si _____ No _____
2. Tienen los padres del niño problemas de salud? Si _____ No _____
3. Mencione si algún miembro de su familia, (incluyendo abuelos, tíos, hermanos) a padecido alguna de las(s) siguientes enfermedades:

<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedades de sangre	<input type="checkbox"/> Nerviosismo
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades heredadas de familia
<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Problemas de anestesia	<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Hepatitis			

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 _____