



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Nombre preferido:			
Nombre legal:			
<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	
Dirección:			
<i>Calle y # de departamento</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código Postal</i>

Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	Núm. de Seguro Social:	FDN:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	-------------------------------	-------------	--

Raza: Afroamericano Asiático Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico Blanco

Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	Pref. Idioma:
--	----------------------

Teléfono residencial: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para dejar un mensaje de voz en este número.	Teléfono del trabajo: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para dejar un mensaje de voz a este número.	Teléfono móvil: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para dejar un mensaje de voz y/o enviarme un mensaje de texto a este número.
--	---	--

Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para que me envíe un correo electrónico a este correo electrónico.	Forma de contacto preferida: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto	Cualquier restricción de contacto (incluido el correo): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa _____
--	---	---

Empleador:	Ocupación:
-------------------	-------------------

Número de contacto de emergencia:	Relación con el paciente:	Teléfono:
--	----------------------------------	------------------

¿Cómo supo de nosotros? Doctor* Amigo* Seguro Búsqueda en Internet Redes sociales Otro:
*¿Quién lo refirió?:

Farmacia preferida:	Dirección:
----------------------------	-------------------

Parte responsable (si el paciente es menor de edad)

Nombre:	Dirección:
----------------	-------------------

Relación con el paciente:	FDN:
----------------------------------	-------------

Aviso de prácticas de privacidad y Formulario de acuse de recibo por escrito
Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

Firma del paciente/tutor:	Fecha:
----------------------------------	---------------



POLÍTICA FINANCIERA COSMÉTICA DE PAGO AUTOMÁTICO

- Yo entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery acepta las siguientes formas de pago: todas las principales tarjetas de débito/crédito, efectivo, cheque de gerencia, Care Credit (los planes promocionales aceptados varían) y cheques personales de pacientes de cirugía establecidos solamente.
- Yo entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery NO acepta las siguientes formas de pago por productos de pago automático, procedimientos o servicios cosméticos: cuenta de gastos flexible (FSA), cuenta de ahorros para la salud (HSA), acuerdo de reembolso de salud (HRA), cuenta de gastos flexible de atención limitada (LCFSA) o una cuenta de gastos flexible para el cuidado de dependientes (DCFSA). Además, el Dr. J. J. Wendel de Cirugía Plástica NO proporcionará una carta de necesidad médica para el reembolso del paciente por las formas de pago antes mencionadas.
- Si planeo pagar la cirugía o los servicios por teléfono, entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery se reserva el derecho de solicitar un formulario de autorización de tarjeta de crédito firmado junto con una copia frontal y posterior de mi tarjeta de débito/crédito firmada.
- Entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery cobra el pago completo al momento del servicio. Si no puede realizar el pago completo al momento del servicio, su cita se reprogramará a un horario más conveniente.
- En el caso de que el pago sea denegado luego de haber prestado los servicios y mi cuenta se transfiera a una agencia de cobranza externa, acepto pagar todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios de abogados, honorarios de cobranza y tarifas contingentes a agencias de cobranza de no menos del 35%, dicha tarifa de contingencia se agregará y cobrará por la agencia de cobranza inmediatamente después de mi incumplimiento y la referencia de mi cuenta a dicha agencia de cobranza.
- Entiendo que a mi cuenta se le cobrarán \$ 40 cuando un cheque que presenté para el pago sea devuelto y marcado como "fondos insuficientes" (NSF). Los cheques devueltos de más de \$ 500 tendrán un cargo del 5% del monto del cheque.
- Entiendo que hay una tarifa de consulta para consultas cosméticas de pago automático. Si se programa dentro de los 90 días de mi consulta, entiendo que la tarifa de consulta se aplicará al procedimiento/tratamiento discutido en la consulta.
- Hay un depósito no reembolsable para programar procedimientos/cirugía estética de pago automático. Si se programa dentro de los 90 días posteriores al pago del depósito, entiendo que el depósito se aplicará a mis tarifas de cirugía/procedimiento. Entiendo que, si cancelo la cirugía/procedimiento por cualquier motivo, este depósito no será reembolsado.
- Entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery tiene una tarifa por no presentarse de \$ 150. Si me han cotizado y programado un procedimiento, entiendo que el depósito, como se describe en la cotización, se considera la tarifa de no presentación.
- En caso de que necesite cancelar o reprogramar mi cita, entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery requiere un aviso con 48 horas de anticipación. Si cancelo o reprogramo mi cita sin el aviso adecuado como se describe anteriormente, incurriré en una tarifa de cancelación de \$ 150. Si me han cotizado y programado un procedimiento, entiendo que el depósito, como se describe en la cotización, se considera la tarifa de cancelación.
- Para la cirugía estética de pago automático realizada en Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery u otras instalaciones externas, entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery, el grupo de anestesia y el centro NO presentarán un reclamo a mi compañía de seguros por aquellos procedimientos que se hayan considerado cosméticos de pago automático por parte de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.
- Entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery NO presentará ni completará formularios de seguro, FMLA o discapacidad para aquellos procedimientos que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery haya considerado cosméticos de pago automático; además, entiendo que los códigos de tarifa y los códigos de diagnóstico para dichos procedimientos reflejan procedimientos y diagnósticos cosméticos de pago automático y electivos y no serán modificados.
- Para la cirugía estética de pago automático realizada en otras instalaciones externas (no en Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery), entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery es una entidad separada del grupo de anestesia y del centro. Aunque, Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery me guiará a través de cómo y cuándo pagar todas las tarifas, entiendo que las tarifas externas no son pagaderas a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

COBRANZAS

El cliente, paciente, prestamista, etc., acepta pagar todos los costos de cobranza, incluidos los honorarios de abogados, honorarios de cobranza y tarifas contingentes a agencias de cobranza de no menos del 35%, dicha tarifa de contingencia se agregará y cobrará por la agencia de cobranza inmediatamente al momento de su incumplimiento y nuestra referencia de su cuenta a dicha agencia de cobranza.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Nombre del paciente/tutor en letra de molde:

POLÍTICA FINANCIERA

He recibido y acepto la Política financiera de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

Firma del paciente/tutor:

Fecha:

Nombre del paciente/tutor en letra de molde:



EXENCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y PUBLICACIÓN

Consentimiento clínico/médico (REQUERIDO para documentación clínica)

Doy mi permiso para el uso de fotografías, videos o información del caso para los siguientes fines clínicos como se indica en mis iniciales a continuación:

 Entiendo que estas fotografías, videos o información de casos son para uso clínico y revisión
(iniciales) por Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.

Nombre del paciente o del padre/tutor legal (por favor en letra de molde)

Firma del paciente o del padre/tutor legal: _____

Fecha _____

Consentimiento de marketing/educación (opcional)

Las fotos de antes y después de alta calidad ayudan a otros a seleccionar una práctica médica calificada y con experiencia.

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery se complace en participar en medios digitales como Facebook, Instagram, RealSelf, Yelp y nuestro sitio web (www.drjjwendel.com). A través de estos lugares en línea, compartimos fotos del personal, actualizaciones de la oficina, concursos y otra información divertida y útil. Con el permiso expreso de nuestros pacientes, nos complace compartir fotos de sus hermosos resultados que pueden ayudar a aquellos que buscan un cirujano plástico o proveedor estético calificado y excepcional.

Por favor, escriba sus iniciales en una de las opciones siguientes:

_____ Doy mi consentimiento para permitir que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery publique fotografías mías en línea.

_____ No doy mi consentimiento para que mis fotografías se compartan en línea.

Nombre del paciente o del padre/tutor legal (por favor en letra de molde)

Firma del paciente o del padre/tutor legal: _____

Fecha _____



PERMISO PARA DISCUTIR VERBALMENTE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Nombre completo del paciente:	FDN:
Dirección del paciente:	
<i>Calle y # de departamento</i>	<i>Ciudad, Estado, Código postal</i>
Número de teléfono preferido:	

Doy permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para discutir verbalmente la información sobre mí marcada a continuación (marque todo lo que corresponda):

- Información de programación/citas.
- Información médica, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y planes de tratamiento.
- Información sobre las pruebas y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluidas las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA.
- Información sobre pruebas de embarazo, servicios de abortos, atención prenatal y control de la natalidad.
- Información sobre salud mental, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos, evaluaciones y planes de tratamiento.
- Información de dependencia química, incluidos síntomas, diagnóstico, medicamentos y plan de tratamiento.
- La información sobre el trastorno por uso de sustancias requiere una autorización por escrito firmada por separado.**
- Historia educativa y evaluaciones, incluidos los Planes educativos individualizados.
- Referencias para servicios solicitados y/o recomendados por mis proveedores, incluida información sobre citas.
- Información de facturación y pago
- Otro (describa): _____

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery puede discutir la información anterior sobre mí con (opcional):

Nombre	Número de teléfono	Relación con el paciente

Entiendo que no tengo que firmar este formulario. La información se compartirá para ayudar a coordinar mi atención médica. Entiendo que este formulario puede usarse para analizar información relacionada con mi atención médica. Cualquier divulgación de información sobre el trastorno por uso de sustancias debe realizarse de acuerdo con 42 CFR Parte 2. **Entiendo que, si no firmo este formulario, entonces Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery no podrá discutir mi información con las personas que figuran en este formulario.**

Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento (escribiendo a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery). Cancelarlo no afectará ninguna información que ya se haya discutido. **Este formulario es válido hasta que lo cancele.**

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

Si está firmado por un representante autorizado, adjunte copias de la documentación legal de respaldo. Nota: Se REQUIERE la firma de un paciente menor para compartir información sobre: 1. ETS/VIH/SIDA, embarazo, aborto, atención prenatal y control de la natalidad 2. Tratamiento de salud mental 3. Tratamiento de abuso de sustancias.



PERMISO PARA DISCUTIR VERBALMENTE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery debe seguir las leyes de privacidad que afectan el intercambio de su información de salud. Queremos facilitarle la participación de familiares, amigos y otras personas que designe en su atención. Puede usar este formulario para enumerar las personas con las que desea que hablemos sobre su atención médica.

¿Cómo puedo dar permiso a alguien para hablar verbalmente sobre mí?

Complete el Permiso para analizar verbalmente el formulario de Información de salud protegida en el otro lado de esta página para informarnos con quién podemos hablar. Marque las casillas para decirnos qué información podemos discutir.

¿Cómo se usa la información en el formulario?

Utilizamos este formulario para asegurarnos de que tenemos permiso para discutir su información de salud con personas que puedan estar involucradas en su atención.

¿Cuáles son algunos ejemplos de cuándo esto podría ser útil?

- Un cónyuge, pareja, padre o amigo tiene preguntas y necesita ayuda para cuidar a un paciente posquirúrgico.
- Un estudiante universitario quiere compartir información con un padre
- Un cónyuge, pareja, padre o amigo llama para averiguar la hora de la cita del paciente
- Un cónyuge, pareja o padre llama para preguntar sobre un pago

¿Puede la persona que enumero en este formulario obtener copias de mis registros médicos?

No, este formulario solo le da permiso a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery para tratar la información verbalmente. Si desea que compartamos sus registros médicos, debe completar una Autorización para divulgar información médica protegida. Este formulario está en el sitio web de Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery en <https://www.drjjwendel.com/privacy-policy>.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede cancelar o cambiar este formulario de permiso en cualquier momento enviándonos una declaración por escrito.

¿Qué sucede si no completo este formulario?

No discutiremos su información de salud protegida, excepto según lo permita la ley.

¿Cuáles son las reglas para los miembros menores?

Un miembro menor puede recibir ciertos servicios sin el consentimiento de los padres. En estos casos, el menor debe firmar este formulario para permitirnos discutir su información.

¿Dónde envío el formulario completo o cualquier cambio?

Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery
2103 Crestmoor Rd
Nashville, TN 37215
Fax: (615) 921-2101
Correo electrónico: greetings@drjjwendel.com

Puede solicitar estos materiales, sin cargo, en otro idioma o en formatos alternativos llamando al (615) 921-2100.



HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente:	FDN:	Fecha de hoy:
Preocupación actual (razón por la que vino al médico):		
Breve historia de la condición actual:		

HISTORIA SOCIAL

Cigarrillo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Paquetes por día _____ Cuánto tiempo _____ Fecha que dejó de fumar _____	
Consumo de alcohol: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Frecuent e	Historia de abuso de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uso recreativo de drogas: <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Medicamentos para el dolor <input type="checkbox"/> Metanfetaminas	
Historia de hepatitis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historia de VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIA QUIRÚRGICA (Cirugías pasadas con fechas)

Pecho:	Abdomen:	Facial:
Cosmética:	Otra:	
Problemas de anestesia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor, explique:	

MEDICACIÓN ACTUAL

<input type="checkbox"/> Ver la lista (indique la dosis y el horario)	<input type="checkbox"/> Ninguno
1.	4.
2.	5.
3.	6.
Medicamentos sin receta	
Aspirina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ibuprofeno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Homeopático: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Profilaxis SBE: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esteroides en los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Toma un diluyente de sangre? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre: _____	

ALERGIAS A MEDICAMENTOS/SUMINISTROS MÉDICOS

No se conocen alergias a medicamentos

Penicilina Lidocaína Látex Cinta Otro: _____

¿Ha tenido un aumento de peso reciente? Sí Pérdida de peso reciente__ libras perdidas__ libras ganadas de Altura: __ Peso actual: _____

PACIENTES FEMENINOS

¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está actualmente amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma píldoras anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> En el pasado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está planeando un embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido una cesárea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Si es así, cuándo? _____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Incluir, entre otros, la administración y el desempeño de todos los tratamientos; la administración de cualquier anestésico necesario; el uso de medicamentos recetados; la realización de procedimientos que puedan considerarse necesarios o recomendables en el tratamiento de este paciente; la toma y utilización de cultivos y de otras pruebas médicamente aceptadas, todo lo cual a juicio del médico tratante se considera médicamente necesario.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha: _____

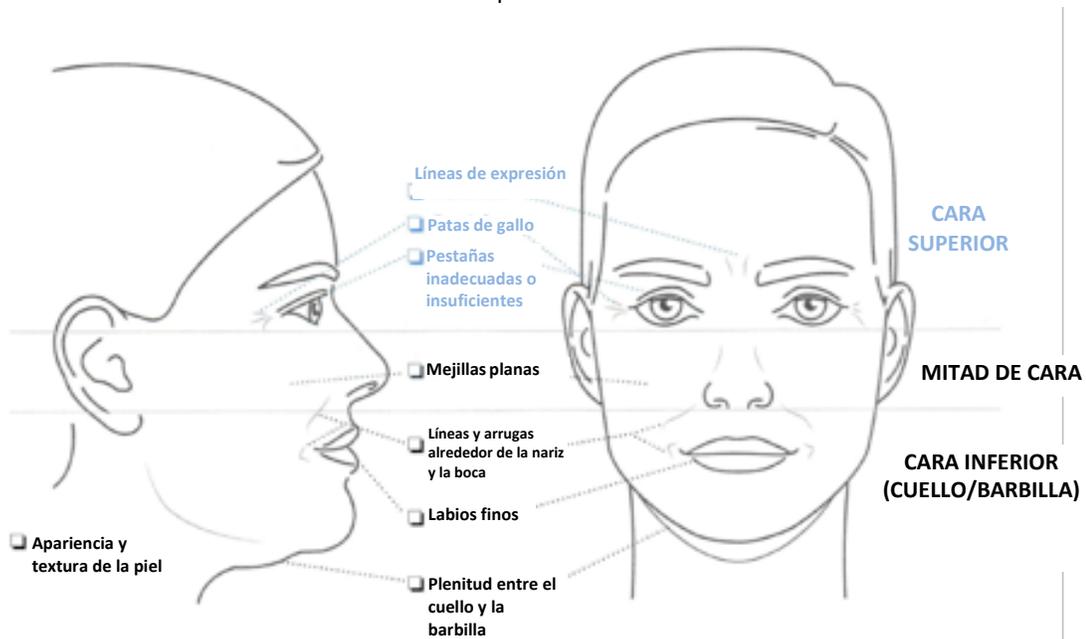


CONDICIONES ACTUALES/ÁREAS DE PREOCUPACIÓN

Nombre del paciente:		FDN:		Fecha de hoy:	
Por favor, verifique todas las condiciones y/o áreas de preocupación que apliquen:					
<input type="checkbox"/> Líneas finas faciales/arrugas <input type="checkbox"/> Labios o líneas de labios delgados <input type="checkbox"/> Pestañas cortas o adelgazantes <input type="checkbox"/> Líneas de ceño/patas de gallo <input type="checkbox"/> Contorno facial <input type="checkbox"/> Venas faciales/enrojecimiento <input type="checkbox"/> Manchas marrones/manchas de la edad/pecas		<input type="checkbox"/> Cejas o párpados caídos <input type="checkbox"/> Caída facial/pérdida de volumen <input type="checkbox"/> Arrugas del cuello <input type="checkbox"/> Flacidez del cuello <input type="checkbox"/> Cabello no deseado <input type="checkbox"/> Revisión de cicatriz <input type="checkbox"/> Eliminación de tatuajes <input type="checkbox"/> Pérdida de cabello		<input type="checkbox"/> Tamaño de los senos <input type="checkbox"/> Área abdominal <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Tamaño o forma de la nariz <input type="checkbox"/> Remoción de lunares <input type="checkbox"/> Contorno y/o grasa corporal Reducción	
Por favor marque todos los servicios para los cuales desea más información:					
<input type="checkbox"/> Botox/Dysport <input type="checkbox"/> Inyectables/rellenos faciales <input type="checkbox"/> Kybella <input type="checkbox"/> Consejos para el cuidado de la piel <input type="checkbox"/> Productos para la piel			<input type="checkbox"/> Tratamiento de pérdida de cabello <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento con láser <input type="checkbox"/> Depilación láser <input type="checkbox"/> Cirugía		

Por favor, seleccione las áreas de la cara que le interesan en el siguiente diagrama.

Al compartir cómo se ve a si mismo, podemos evaluar mejor sus objetivos estéticos y seleccionar un tratamiento adecuado para usted.



Notas del practicante:
