



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: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> 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:
----------------------------	-------------------

Información del seguro		
Seguro primario:	Nombre del titular de la póliza principal:	Titular de la póliza principal Empleador:
Relación con el paciente:	Titular de la póliza principal FDN:	Titular de la póliza primaria NSS:
Seguro secundario:	Nombre del titular de la póliza secundaria:	Titular de la póliza secundaria Empleador:
Relación con el paciente:	Titular de la póliza secundaria FDN:	Titular de la póliza secundaria NSS:

Parte responsable (si el paciente es menor de edad)	
Nombre:	Nombre:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:

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 DE SEGUROS

- 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), para procedimientos de seguro o visitas al consultorio: cuenta de gastos flexible (FSA), cuenta de ahorro de salud (HSA), acuerdo de reembolso de salud (HRA) y cheques personales de pacientes de cirugía establecidos solamente.
- Acepto proporcionar a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery una copia de mi(s) tarjeta(s) de seguro médico actual. También estoy de acuerdo en proporcionar una explicación de beneficios y/o formularios de reclamo de mi compañía de seguros, cuando corresponda.
- Autorizo la divulgación de información médica necesaria para procesar mi reclamo de seguro y asigno beneficios de seguro a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery por los servicios que me brinda Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery.
- Entiendo que los copagos se deben al momento del servicio, según lo requerido por mi compañía de seguros.
- Acepto ser responsable de los saldos aplicados a mi cuenta que no estén cubiertos por mi plan de seguro de salud.
- En el caso de que 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 Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery facturará a mi compañía de seguros de salud y reembolsará cualquier pago en exceso en mi cuenta a la parte correspondiente (por ejemplo, compañía de seguros o paciente).
- Entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery permite 30 días para que la compañía de seguros procese mi reclamo. En el caso de que la práctica no reciba un reembolso dentro de los 45 días, se comunicarán con mi compañía de seguros con respecto al reclamo.
- Cualquier coseguro, deducible, desembolsos y montos de copago serán mi responsabilidad. Cualquier saldo después de que el seguro haya pagado debe remitirse dentro de los 30 días o mi saldo está sujeto a un cargo de interés mensual que se aplicará a mi cuenta de \$ 10 o 10%, lo que sea mayor. En caso de que no pueda pagar mi responsabilidad en su totalidad, me pondré en contacto con su oficina para analizar los arreglos financieros.
- 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.
- A menos que me vea el Dr. J. Jason Wendel en el Departamento de Emergencias, entiendo que Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery no se someterá a Accidentes de Vehículos Motorizados (MVA) o Responsabilidad de terceros. Seré responsable del pago completo al momento del servicio. Si el Dr. J. Jason Wendel me vio en el Departamento de Emergencias, para someterme a Accidentes de Vehículos Motorizados (MVA) o Responsabilidad de terceros: se requiere lo siguiente: detalle del reclamo (número de reclamo, información de contacto, dirección de facturación) en el momento de mi cita. Si la información requerida no se presenta al momento de mi cita, se requiere el pago completo por MVA u otra lesión relacionada con un accidente. Archivaremos los reclamos con el vehículo de motor o la compañía de seguros de terceros que usted designe, siempre que recibamos toda la información necesaria. Si se rechazan los reclamos o si se trata de una demanda prolongada, el paciente es responsable de pagar el saldo total de la cuenta. Le facturaremos a su seguro médico privado el saldo restante después de que se agote su protección contra lesiones personales (PIP).
- He leído, entiendo y acepto la asignación de seguro y las políticas financieras mencionadas anteriormente. También estoy de acuerdo en que tuve la oportunidad de discutir cualquier pregunta o inquietud con respecto a lo anterior con los especialistas en seguros en la práctica.

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 después 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:

AUTORIZACIÓN DE PAGO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Solicito que se paguen los beneficios del seguro autorizado a Dr. J. J. Wendel Plastic Surgery. Y autorizo la divulgación de información médica según sea necesario para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro.

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 más 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 correspondan):

- 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.



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"/> Frecuente	Historia de abuso de alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Uso recreativo de drogas: <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Metanfetaminas
	<input type="checkbox"/> Historia de abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Otro _____	

HISTORIA QUIRÚRGICA (especifique el tipo de cirugías con fechas)

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

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ninguno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas oculares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ETS/I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tendencia a sangrar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del corazón/MI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Historia DVT/PE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

HISTORIA FAMILIAR (indique qué pariente de sangre es Y si es de rama maternal o paterna)

Abuso de sustancias	Derrame cerebral	Sangrado anormal
Adoptado	Diabetes	Otro cáncer
Cáncer de piel	Enfermedad del corazón	Otro
Cáncer de mama	Hipotermia maligna	



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

Betadine

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:** _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Alergias: Sí No
Alta presión sanguínea: Sí No
Ansiedad: Sí No
Cambios en el habla: Sí No
Cicatrización/queloides: Sí No
Debilidad facial: Sí No
Dependencia de drogas o alcohol: Sí No
Depresión: Sí No
Dificultad para orinar: Sí No
Dificultad para tragar: Sí No
Dolor de espalda/cuello: Sí No
Dolor u opresión en el pecho: Sí No
Dolor nervioso: Sí No
Falta de aliento: Sí No
Fiebre/escalofríos: Sí No
Glándula/nodo agrandados: Sí No

Hepatitis/ictericia: Sí No
Herpes labial: Sí No
Insuficiencia renal/diálisis: Sí No
Masa/bulto mamario: Sí No
Obstrucción nasal: Sí No
Ojo seco: Sí No
Parálisis: Sí No
Pérdida de la visión: Sí No
Problemas en los senos paranasales: Sí No
Quemaduras de sol frecuentes: Sí No
Reflujo: Sí No
Sudoración nocturna: Sí No
Tendencia a sangrar: Sí No
Úlcera estomacal: Sí No
Visión doble: Sí No

PACIENTES FEMENINOS

¿Está embarazada actualmente? Sí No
¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí No
¿Está planeando un embarazo? Sí No
¿Está actualmente amamantando o lactando? Sí No

¿Le han hecho una mamografía? Sí No
¿Si es así, cuándo? _____
¿Ha tenido una cesárea? Sí 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: _____