



## *Mid-Ohio Plastic Surgery*

¡Bienvenido a nuestra práctica!

Le agradecemos sinceramente por elegir Mid-Ohio Plastic Surgery. Nuestra práctica quiere marcar la diferencia en la experiencia de su consultorio médico. Mid-Ohio Plastic Surgery le ofrece un ambiente cálido y acogedor. Sabemos que tiene una opción y queremos que se sienta seguro de que nos preocupamos.

El Dr. Rafael Villalobos y Asociados se especializan en las áreas de Cirugía Estética y Reconstructiva: estiramiento facial, cirugía de párpados, rinoplastia, aumento de senos, reducción de senos, levantamiento de senos, reconstrucción de senos, contorno corporal después de la pérdida de peso, abdominoplastia, cirugía de labio leporino y paladar hendido. y cuidado de la piel. Nuestros médicos también se especializan en la reconstrucción de manos después de un trauma y la eliminación de lesiones cutáneas.

Le damos la bienvenida y le agradecemos por elegir al Dr. Rafael Villalobos and Associates para sus necesidades de cirugía plástica.

Para obtener más información sobre nuestra práctica, visite nuestro sitio web: [midohioplasticsurgery.com](http://midohioplasticsurgery.com)

**Dr. Rafael Villalobos**

Su consulta con nosotros está en: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ a.m. / p.m.

**En nuestro Mansfield Oficina: 370 Cline Avenue \* Mansfield, Ohio 44907 \* (419) 756-1125**

Nuestra oficina se encuentra en 370 Cline Avenue en Mansfield Professional Colony. Estamos en el segundo edificio en el nivel superior, el primer piso en el lado derecho del pasillo.

**En su primera visita:** Por favor traiga con usted (si aplica)

- Tarjetas de seguro médico: si su compañía de seguros requiere una derivación a nuestra práctica, es su responsabilidad asegurarse de que su médico de atención primaria se haya ocupado de esto por usted. Si esto no se ha completado, su seguro no pagará nuestros servicios..
- Copago (para pacientes con seguro / reconstructivos) Cosmetic consultation payment (for self-pay cosmetic patients)

- Películas e informes de rayos X y cualquier registro pertinente a su consulta
- Formulario de registro completo (adjunto a esta carta)

**Direcciones a nuestra oficina de Mansfield**

**Desde 71 Norte:** En la salida 169, tome la rampa a la izquierda para OH-13 hacia Mansfield / Bellville. Gire a la izquierda en SR-13, gire a la izquierda en West Prospect Street, gire a la derecha en Sturges Ave y gire a la izquierda en Cline Avenue.

**Desde 71 Sur:** En la salida 176, incorpórese a la US-30 West hacia Mansfield. Tome la salida OH-13 / Main Street hacia Norwalk. Gire a la izquierda en N Main Street / OH-13 South. Continúe por N Main Street y gire levemente a la derecha en Lexington Avenue / US-42 (cerca de Papa John's). Gire a la derecha en Cline Avenue.

**Desde 30 Oeste:** Siga la US-30 W hasta la salida OH-13 / Main St hacia Norwalk. Gire a la izquierda en N Main St / Ohio-13 S. Continúe por N Main Street y gire levemente a la derecha en Lexington Avenue / US-42 (cerca de Papa John's). Gire a la derecha en Cline Avenue.

**Desde 30 Este:** Siga la US-30 E hasta la salida de Trimble Road. Gire a la izquierda en N Trimble Rd. Siga hasta Millsboro Rd este y gire a la izquierda. Millsboro Rd se convierte en Cline Avenue.

**Información del paciente:** Apellido \_\_\_\_\_ inicial del segundo nombre. \_\_\_\_\_  
Nombre de pila \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

#Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra práctica? \_\_\_\_\_

**Si el paciente es menor de edad:** Nombre de los padres / tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si no es el padre): \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Médico referente:** \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

**Seguro primario** Nombre de la compañía de seguro medico: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que tiene el seguro: Nombre de pila \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona portadora del seguro: \_\_\_\_\_ # Seguridad Social: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario** Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que tiene el seguro: Nombre de pila \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona portadora del seguro: \_\_\_\_\_ # Seguridad Social: \_\_\_\_\_

¿Recibe beneficios por pulmón negro? Si No ¿Le han diagnosticado enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Si No

¿Recibe actualmente beneficios por discapacidad? Si No

Si tiene más de 65 años; ¿Está usted empleado? Si No Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Número de empleados \_\_\_\_\_

Si tiene más de 65 años; ¿Tu cónyuge sigue trabajando? Si No Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Número de empleados \_\_\_\_\_

### Compensación de trabajadores

¿Es este un reclamo de compensación para trabajadores?: Si /No (marque uno con un círculo) Reclamación #: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ MCO: \_\_\_\_\_

¿Tiene una directiva avanzada? (Vivir no resituará el orden) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, nombre de la persona que tiene poder sobre su atención médica \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

### Firmando a continuación:

1. Doy mi consentimiento para la evaluación, las pruebas y el tratamiento según las indicaciones del Dr. Villalobos o su designado..
2. Doy mi consentimiento para que se tomen fotos preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias con fines médicos profesionales; tales como educación médica, predeterminación de seguros y educación del paciente. No se revelará ni su identidad ni su información personal durante las conferencias de educación médica o para el paciente. \_\_\_\_\_
3. Entiendo que los copagos o las tarifas de consulta se deben pagar en el momento de mi visita.
4. Entiendo que soy responsable de informar a la recepcionista de cualquier cambio de dirección o cobertura de seguro.
5. Entiendo que soy responsable de proporcionar una remisión de mi médico de atención primaria (PCP), en caso de que mi compañía de seguros lo requiera. Si no se recibe uno, mi cita puede cancelarse.
6. Autorizo la divulgación de mi información médica a la (s) compañía (s) de seguros pertinente (s) o proveedores externos necesarios para procesar las reclamaciones.
7. Por la presente asigno el pago de todos y cada uno de los beneficios de la (s) compañía (s) de seguros que se realizarán directamente a Mansfield Plastic Surgery.

Mid-Ohio Plastic Surgery Dr. Rafael E. Villalobos 370 Cline Avenue Mansfield, Ohio 44907 Telefono de oficina: (419) 756-1125

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Formulario de evaluación del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cual es el motivo de tu visita: \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó este problema?: \_\_\_\_\_

**Doctor Familiar:** \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente tratamiento por alguna afección médica o está bajo el cuidado de cualquier otro médico que no sea su médico de atención primaria o el médico que lo refirió?? Si/No

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Por qué estás siendo tratado?: \_\_\_\_\_

Enumere las cirugías u hospitalizaciones anteriores junto con la fecha a continuación.:

Año	Cirugía u hospitalización

Indique todos los medicamentos que esté tomando, incluidos medicamentos sin receta, vitaminas y hierbas a continuación:

Enumere las alergias a continuación (esto incluye las alergias a medicamentos):

Medicamento	Dosis	Horas / día

Alergias

**Historia social (Por favor marque):**

¿Fuma / mastica tabaco? No Si Cuánto cuesta: Está usted empleado No Si  
 Bebes alcohol No Si Cuánto cuesta: Vives solo No Si  
 ¿Toma drogas recreativas? No Si Qué: Si no, ¿con quién vive?

**Antecedentes médicos familiares y pasados (Marque si corresponde):**

	Yo	Familia	Comentarios		Yo	Familia	Comentarios
Cardiopatía				Diabetes			
Soplo cardíaco				Cáncer - Tipo			
Hipertensión				Nefropatía			
Coágulos de sangre				Epilepsia / convulsión			
Derrame Cerebral				SIDA o VIH +			
Desorden sangrante				Enfermedad de tiroides			
Anemia				Tuberculosis			
Hepatitis				Depresión			

**¿Tiene ahora o ha tenido en el último año (Por favor marque):**

Cambio de peso No Si Pies / tobillos hinchados No Si Convulsiones No Si  
 Ojos secos No Si Dolor en el pecho No Si Latidos cardíacos rápidos No Si  
 Dificultad para respirar No Si Colesterol alto No Si

**Esta sección solo para mujeres:**

**Responder**

Control de la natalidad	
Número de embarazos / nacimientos	/
Última prueba de Papanicolaou	
Último examen de mama	

**Esta sección solo para hombres:**

**Responder**

Examen de próstata	Si	No
Examen testicular	Si	No

¿Cuándo recibió su última vacuna contra el tétanos? \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Mansfield Plastic Surgery  
370 Cline Avenue, Mansfield OH 44907

## Consentimiento informado de las redes sociales

Por la presente otorgo a Mansfield Plastic Surgery, y a todos y cada uno de los empleados y / o agentes de Mansfield Plastic Surgery, el derecho y permiso para usar y / o publicar fotografías mías con **finés educativos**. También autorizo que mis fotos o videos se publiquen en las redes sociales, como Facebook, Instagram y la página web de la oficina.

Ponga sus iniciales en lo siguiente:

\_\_\_\_\_ Sí, puedes usar mis fotos y / o videos

\_\_\_\_\_ No, no puedes usar mis fotos y / o videos

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o padre / tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Paciente o padre / tutor (firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Póliza financiera para pacientes con seguro y pago por cuenta propia**

**Pacientes de seguros**

En su visita inicial, se le pedirá que proporcione la información de su seguro. Nuestra oficina cobrará cualquier copago al momento del servicio. Si no tiene un seguro que cubra el costo de su visita, cobraremos una tarifa de \$ 100.00. Como cortesía, presentaremos reclamaciones en su nombre a su compañía de seguro médico. La divulgación de la información de su historial médico a su compañía de seguros es pertinente para procesar reclamos médicos. Si su compañía de seguros requiere una remisión de su médico de atención primaria, es su responsabilidad obtenerla antes de su visita. En el momento de programar el procedimiento / cirugía, si tiene un deducible o coseguro no cubierto, cobraremos una parte hasta el monto total. Puede recibir una factura por cualquier saldo restante después de que recibamos su explicación de beneficios.. **Todos los saldos del estado de cuenta vencen al recibir su estado de cuenta.** El hospital / centro quirúrgico y el grupo de anestesia también pueden comunicarse con usted para recolectar previamente una porción.

**Pacientes cosméticos o de pago propio**

Nuestra tarifa de consulta es de \$ 100.00. Esta tarifa se acreditará contra la tarifa quirúrgica del médico. La cotización de los honorarios del médico vencerá 6 meses después de la fecha en que se entregó la cotización. Las tarifas del hospital y de la anestesia están sujetas a cambios. A los pacientes que pagan por cuenta propia se les cobrará un depósito de \$ 200.00 para asegurar la fecha de la cirugía, que se aplicará al costo de la cirugía. El saldo total restante se espera 2 semanas antes de la cirugía. Nuestro objetivo es proporcionarle una cotización precisa para los honorarios del hospital y de la anestesia. Estos honorarios se basan en el tiempo que tardan nuestros cirujanos en realizar su cirugía. En caso de que se necesite más tiempo de lo esperado, habrá un cargo adicional del hospital y del grupo de anestesia y se le facturará. Las revisiones de cualquier procedimiento están cubiertas por los honorarios del médico durante un año a partir de la fecha de la cirugía. Sin embargo, la anestesia y la instalación son un costo separado y requerirán tarifas adicionales. Consulte la Póliza de revisión para obtener más explicaciones.

**Todos los pacientes**

Aceptamos efectivo, cheque de caja, Visa, MasterCard, Discover, American Express y compañías financieras. No se aceptan cheques personales ni de tarjetas de crédito dentro de los 30 días posteriores al procedimiento / cirugía. **Todos los saldos del estado de cuenta vencen al recibir su estado de cuenta.**

El Dr. Rafael Villalobos asigna tiempo durante la jornada laboral de cada paciente para las cirugías / procedimientos a realizar. No dude en llamarnos para informarnos cuándo necesita cancelar y reprogramar una cirugía / procedimiento. Para satisfacer mejor todas las necesidades de nuestros pacientes, requerimos un aviso de 1 semana para la cancelación de la cirugía / procedimiento. Como su tiempo es importante, también lo es el tiempo de nuestros profesionales médicos. Sin un Notificación de 1 semana, habrá un cargo de \$ 200.00. Si reprograma su cirugía / procedimiento dentro de los 2 meses posteriores a la cancelación, aplicaremos la tarifa de cancelación a su cirugía / procedimiento. Después de 6 meses, el crédito se perderá para la práctica.

Para satisfacer mejor todas las necesidades de nuestros pacientes, requerimos un aviso para cancelaciones de citas. No notificarnos la Cancelación podría resultar en una tarifa de cancelación de \$ 25.00.

Los pagos realizados con cheque se reembolsarán mediante un cheque de la empresa y se pagarán al paciente. Pagos realizados con tarjeta de crédito, el reembolso se procesará en esa misma tarjeta. Usted será responsable de las tarifas de transacción evaluadas por la compañía financiera (es decir, crédito de atención) y las compañías de tarjetas de crédito. Estos honorarios los determina la empresa.

A los cheques devueltos por fondos insuficientes se les cobrará una tarifa de servicio de \$ 25.00, además del saldo original del cheque.

Los productos Obagi pueden devolverse si no se abren ni se usan para obtener crédito en la tienda. Los fabricantes darán un reembolso si ha ocurrido una reacción. Deberá ver al médico o al asistente médico durante la reacción. Hay una tarifa de devolución del 10% en los productos para el cuidado de la piel Obagi.

Habrà una tarifa de \$ 25.00 por todo el papeleo completado por nuestros médicos y personal de oficina. La tarifa se debe pagar antes de que se complete el papeleo. Espere 7 días hábiles para completar todo el papeleo.

Los pacientes pueden solicitar sus registros médicos completando un formulario de autorización para divulgar información médica. Comuníquese con nuestra oficina para conocer las tarifas actuales asociadas con la liberación.

**HIPPA** Soy consciente de que, como paciente de cirugía plástica y reconstructiva de Mid-Ohio, tengo derecho a una copia de las prácticas de privacidad en cualquier momento.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha