



Pedro M. Soler, M.D.

Cosmetic Plastic Surgery

Face | Breast | Body

PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)

PLEASE PRINT ALL INFORMATION CLEARLY (FAVOR DE ESCRIBIR TODA INFORMACION CLARAMENTE)

LEGAL Last Name _____
(Apellido legal)

LEGAL First Name _____
(Nombre legal)

MI _____
(Inicial)

Date of Birth _____
(Fecha de Nacimiento)

Age _____ Sex _____
(Edad) (Sexo)

Race _____
(Raza)

Social Security # _____
(seguro social del paciente)

Email _____
Would you like to receive email notifications? Yes ☐ No ☐

Profession _____
(Profesión)

Please indicate if there is a Nickname you prefer:

Marital Status (Estado Marital):

☐ Single ☐ Married ☐ Separated
☐ Divorced ☐ Widowed

How did you hear about us? _____
(Como supiste de nosotros) (please check applicable)

Web Ad ☐ Magazine Ad ☐ Real Self ☐ Newspaper ☐
Event ☐ Friend ☐ Physician Refer ☐ Website ☐
Social Media ☐

Address _____
(Dirección)

City _____
(Ciudad)

State _____
(Estado)

Zip _____
(Codigo)

Home # _____
(# de la casa)

Cell Phone # _____
(# de celular)

Work # _____
(# del trabajo)

IF PATIENT IS A CHILD (SI EL PACIENTE ES UN NIÑO):

Mother's Name _____
(Nombre de la Madre)

SS# _____
(# de seguro social)

DOB# _____
(Fecha de Nacimiento)

Father's Name _____
(Nombre de la Madre)

SS# _____
(# de seguro social)

DOB# _____
(Fecha de Nacimiento)

MUST BE FILLED OUT!! PERSON TO NOTIFY IN CASE OF EMERGENCY (EN CASO DE EMERGENCIA PERSONA A NOTIFICAR)

Emergency Contact Name _____
(Nombre en caso de emergencia)

Relationship to patient _____
(Relación al paciente)

Phone # _____
(Teléfono)

REFERRING PHYSICIAN (MEDICO QUE REFIERE EL CASO)

Name _____
(Nombre)

Address _____
(Dirección)

Phone _____
(Teléfono)

Fax _____

By my signature below, I acknowledge the above information provided is true and correct, and understand it is my responsibility to notify the office of any change in my information provided.

Patient's Signature or Legal Guardian: _____
(Firma)

TODOS LOS ARTÍCULOS DE ESTA PÁGINA DEBEN COMPLETARSE

Primary Care Physician (Doctor Primario)

Name *(Nombre)* _____

Address *(Dirección)* _____

Phone *(Teléfono)* _____ Fax _____

May we provide the above physicians with a copy of Dr. Soler's office note(s): Yes ☐ No ☐ *If yes, please sign below.*

Podemos enviarles a sus médicos copia de las notas de la oficina de Dr. Soler: Si ☐ No ☐ Si podemos, por favor firme abajo.

Signature *(Firma)* _____

THIS INFORMATION IS NECESSARY, PLEASE COMPLETE
(ESTA INFORMACIÓN ES NECESARIA, POR FAVOR LLENE)

Insurance Information (Información del Seguro Médico)

Primary Insurance Company _____ Subscriber _____
(Compañía de Seguro Primario) *(Subscripción a Nombre de)*

Subscriber's SS# _____ Subscriber's DOB _____ Relationship to patient _____
(Seguro Social del Asegurado) *(fecha de nacimiento)* *(Relación al Paciente)*

Group#/Name _____ Policy / ID# _____
(Grupo #/Nombre) *(# de póliza o de identificación)*

IS THIS INFORMATION TRUE AND CORRECT REGARDING YOUR PRIMARY INSURANCE? Yes _____ *(please initial)* *(ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA EN LO QUE SE REFIERE NUESTRO PRINCIPAL SEGURO?)* *(Iniciales)*

Secondary Insurance Information (Información del Seguro Médico Secundario)

Primary Insurance Company _____ Subscriber _____
(Compañía de Seguro Primario) *(Subscripción a Nombre de)*

Subscriber's SS# _____ Subscriber's DOB _____ Relationship to patient _____
(Seguro Social del Asegurado) *(fecha de nacimiento)* *(Relación al Paciente)*

Group#/Name _____ Policy / ID# _____
(Grupo #/Nombre) *(# de póliza o de identificación)*

IS THIS INFORMATION TRUE AND CORRECT REGARDING YOUR SECONDARY INSURANCE? Yes _____ *(please initial- Iniciales)*
(ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA EN LO QUE SE REFIERE NUESTRO SEGURO SECUNDARIO?)

Acuerdo para garantizar el pago/asignar beneficios/divulgar información

El abajo firmante se compromete, ya sea como agente o paciente, a aceptar toda la responsabilidad de los costos por los servicios ordenados en nombre del paciente y por el médico que asiste al paciente, y se compromete a pagar todos los costos en el momento del servicio o tras la recepción de la factura. Entiendo que soy responsable de los gastos incurridos en los honorarios razonables de los abogados y/o costos de los tribunales. Este acuerdo es válido para los servicios prestados en esta fecha y para todas las futuras visitas y servicios hasta que sea revocado por mí.

Autorizo a terceras personas para pagarle a los beneficios del seguro médico directamente por los servicios prestados en nombre del paciente.

Autorizo al médico para suministrar a mi compañía aseguradora y/o otra tercera persona responsable o sus representantes, cualquier información médica necesaria para procesar esta solicitud.

PACIENTE y/o TUTOR

FECHA

Acuerdo para garantizar el pago por dentro o fuera de la red/o en caso de una cobertura no autorizada

Entiendo que los servicios que estoy solicitando que serán prestados por el Dr. Pedro M. Soler en (fecha) _____ puedan estar por fuera de la red o ser no autorizados por la cobertura de seguros (HMO/PPO/Indemnización/Seguro de Automóvil/Compensación a los Trabajadores, etc.). El personal de la oficina del Dr. Pedro M. Soler no comprueba la cobertura antes de acudir a mi cita. Por lo tanto, en caso de que mi seguro esté fuera de la red; o la cobertura de mi seguro haya caducado o ya no se encuentre en vigor o por cualquier motivo, algún/todos los servicios prestados por el Dr. Pedro M. Soler no estén cubiertos por mi compañía de seguro de salud, tengo entendido que seré exclusivamente responsable de todos los costos.

También entiendo que ya que existe esta posibilidad, cualquier pago(s) hecho por parte de la compañía de seguros puede y/o será realizada directamente a mí. A su vez, yo accedo a firmar el(los) pago(s) al Dr. Pedro M. Soler. También entiendo que me han dado la información correcta del seguro relacionada con la coordinación de beneficios, si ocurriera una recuperación de un exceso de pago debido a una información incorrecta, yo seré exclusivamente responsable de los costos.

PACIENTE y/o TUTOR

FECHA

CONSENTIMIENTO IRREVOCABLE DE NO ADJUDICACIÓN (PACIENTES COSMÉTICOS)

Yo, _____, por medio de la presente comprendo y doy

consentimiento para que El Dr. Pedro M. Soler me proporcione cuidados, como fue explicado en los documentos adicionales de consentimiento. Entiendo que (los procedimientos) que busco son cosméticos en su naturaleza, no son médicamente necesarios y por lo tanto sería fraudulento y poco ético por parte del Dr. Pedro M. Soler presentar alguna reclamación a cualquier compañía de seguros para obtener cobertura. Me han sido explicados y mostrados los costos financieros incurridos de ser tratada y recibir atención quirúrgica por parte del Dr. Pedro M. Soler y acepto estos términos. Además, entiendo que el Dr. Pedro M. Soler no aceptará aseguramiento por este/ estos procedimiento(s). Doy mi consentimiento para que el Dr. Pedro M. Soler me proporcione cuidado y no acepto la asignación de ninguna compañía de seguros, proveedores de atención médica u otra fuente de cobertura es irrevocable y final. Entiendo que seré plenamente responsable de los costos quirúrgicos en la cirugía que solicito.

PACIENTE/TUTOR

FECHA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA FOTOGRAFÍA

Yo, por medio de la presente autorizo al Dr. Pedro M. Soler, y/o sus asociados para tomar las fotografías apropiadas para mi cirugía. Además, autorizo al Dr. Soler y/o sus asociados para tomar fotografías relacionadas con mi cirugía.

También, autorizo al Dr. Soler para utilizar las fotografías para los fines médicos profesionales considerados apropiados incluyendo pero no limitándose a mostrar las fotos para propósitos de publicaciones médicas, publicaciones semi-científicas, educación médica, educación de pacientes o durante conferencias a grupos médicos.

Tengo entendido que no tendré derecho a ningún pago u otra forma de remuneración como consecuencia de cualquier uso de las fotografías o entrevistas relativas a esa cirugía.

PACIENTE/TUTOR

FECHA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento de Conformidad del Paciente para el Uso y la Divulgación de Información Médica para el Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica HIPPA

Entiendo que como parte de mi atención médica, la práctica origina y mantiene registros en papel o en formato electrónico que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes para el cuidado o tratamiento futuro.

Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi atención y tratamiento,
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen con mi cuidado,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información de tratamiento a mi cuenta,
- Un medio por el cual una tercera parte pagadora puede verificar que en realidad se prestaron los servicios facturados,
- Una herramienta para operaciones rutinarias del cuidado de la salud, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de las aptitudes del personal

Se me ha dado la oportunidad de revisar el "Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información del Paciente" que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información. Entiendo que tengo los siguientes derechos:

- El derecho a revisar el "Aviso" antes de confirmar este consentimiento,
- El derecho a restringir o revocar el uso o la divulgación de mi información médica para otros usos o fines, y
- El derecho para solicitar restricciones en cuanto a cómo puede ser usada o divulgada mi información médica para llevar a cabo el pago del tratamiento, u operaciones del cuidado de la salud

Restricciones:

Solicito las siguientes restricciones con respecto al uso o divulgación de mi información médica:

Se puede discutir el tratamiento, pago u operación del cuidado de la salud con las siguientes personas:

(Por favor marque todas las que aplican) ☐ Cónyuge ☐ Sus Hijos ☐ Parientes ☐ Otros ☐ Padres

Por favor enumere los nombres y las relaciones, si ha marcado "Parientes" u "Otros":

1. _____ 3. _____
2. _____ 4. _____

Adicional: _____

Mensajes o Recordatorios de las Citas: (Por favor marque todas las que aplican)

Podemos dejar un mensaje en su contestador: en casa ☐ o en el trabajo ☐ No dejar mensaje ☐

Podemos dejar un mensaje con alguien en su casa utilizando el nombre del médico o el nombre de la práctica: ☐ Sí ☐ No

Podemos dejar un mensaje con alguien en su trabajo usando el nombre del médico o el nombre de la práctica: ☐ Sí ☐ No

Los mensajes serán de carácter no sensible, como, nombre del Doctor y fecha y hora de la cita.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede ser necesario divulgar información de la salud a otra entidad, es decir, las remisiones a otros proveedores de salud, laboratorios, u otras personas o agencias como es permitido o requerido por ley federal o estatal. Además, entiendo que puede ser necesario divulgar mi información de salud protegida a entidades financieras como bancos, entidades de tarjetas de crédito o entidades financieras de terceros cuando se solicite para facilitar el pago. Entiendo completamente y acepto la información provista y mi firma reconoce mi consentimiento a esta política.

Firma

Nombre del Firmante

Fecha

*Si quien firma es otra persona que no es el paciente, ¿es usted el padre, representante legal, tutor, o tiene un Poder de Representación para este paciente, su tratamiento, pago u operaciones de atención médica? ☐ Sí ☐ No

Para Uso de la Oficina Solamente

- ☐ El paciente se negó a firmar el formulario de consentimiento. (Fecha) _____ Testigo: _____ Las restricciones fueron agregadas
- ☐ por el paciente (vea las restricciones mencionadas anteriormente) "Formulario de Consentimiento" recibido y revisado por
- ☐ _____ en (fecha) _____ diligenciado en MR (fecha) _____



DOB: _____

BMI: _____

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

¿Dónde está ubicado este problema? _____

¿Hay otros síntomas asociados a este problema? ☐ Sí ☐ No En caso de que sí, descríbalos: _____

Enumere todos los medicamentos que esté tomando actualmente

Por favor asegúrese de incluir cualquier medicamento de venta libre como Aspirina o productos de la Aspirina, pastillas de Dieta, Verru- gas de St John, Ginseng, Ibuprofeno, Advil, Motrin, etc:

Medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Píldoras anticonceptivas ☐ Sí ☐ No Método de Control de Natalidad: _____
¿Cuántos Embarazos?: _____ Vivos _____

ALERGIAS

Penicilina: ☐ Sí ☐ No Efecto/s: _____

Novocaína/Xilocaina: ☐ Sí ☐ No Efecto/s: _____

Látex: ☐ Sí ☐ No Efecto/s: _____

Otros Medicamentos: _____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

_____ Efecto/s: _____

Historial Social (Marque todo lo que aplique):

☐ Tabaco
Si es marcado, ¿cuántos paquetes diarios? _____, por _____ años. Si lo dejó, año en que lo hizo _____

☐ Alcohol
Si es marcado, ☐ socialmente, ☐ de manera desenfrenada los fines de semana

☐ Café, té, refrescos
Si es marcado, ¿cuántas tazas diarias? _____

☐ Drogas recreativas
Si es marcado, Tipo _____ ¿Qué cantidad? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____ años. Si lo dejó, año en que lo hizo _____

Antecedentes Familiares (Marque todo lo que aplique):

Paternal: Abuelos

- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades pulmonares
- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Presión arterial alta Colesterol
- ☐ alto o triglicéridos
- ☐ Trastorno genético

Padre ___Vivo (Edad___) ___Fallecido (Edad___) _____Desconocido

- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades pulmonares
- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Presión arterial alta Colesterol
- ☐ alto o triglicéridos
- ☐ Trastorno genético

Maternal: Abuelos

- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades pulmonares
- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Presión arterial alta Colesterol
- ☐ alto o triglicéridos
- ☐ Trastorno genético

Madre ___Viva (Edad___) ___Fallecida (Edad___) _____Desconocida

- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades pulmonares

- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Presión arterial alta Colesterol
- ☐ alto o triglicéridos
- ☐ Trastorno genético

hermanos:

- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades pulmonares
- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Presión arterial alta Colesterol
- ☐ alto o triglicéridos
- ☐ Trastorno genético

hermanas:

- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades pulmonares
- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Presión arterial alta Colesterol
- ☐ alto o triglicéridos
- ☐ Trastorno genético

hijos:

- ☐ Diabetes
- ☐ Cáncer (Describa el tipo de cáncer y el año del diagnóstico)
- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Enfermedades pulmonares
- ☐ Artritis
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Presión arterial alta Colesterol
- ☐ alto o triglicéridos
- ☐ Trastorno genético

Impression Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha _____

Firma del Médico _____ Fecha _____

Política Financiera

Creemos que la transparencia en nuestras políticas financieras es esencial para una buena relación con el paciente médico, por lo que hemos creado esta política financiera.

Consulta cosmética: La cirugía estética es electiva y no está cubierta por su seguro médico.

Si durante el transcurso de esta consulta se determina que su procedimiento deseado podría ser clasificado como médicamente necesario por su compañía de seguros usted tiene la opción de buscar la aprobación médica para este servicio.

Tarifas por cirugía estética

Cirugía Programando Policy: Después de su consulta (ya sea en persona o una consulta virtual) usted puede decidir sobre un procedimiento (s) y un día y hora de la cirugía. Esto requiere un depósito no reembolsable de \$500- \$1500 determinado por sus cargos totales del procedimiento y se debe en el momento de la programación. El resto de su saldo se debe en su totalidad no menos de TRES (3) semanas antes de la fecha de la cirugía.

Citas de Cirugía: Se le proporcionará una cita de cirugía detallada el día de su consulta. La tarifa cotizada no es negociable, y la cantidad cotizada es efectiva por un periodo de treinta (30) días.

La tarifa citada incluye la tarifa del cirujano, la tarifa de la sostén, la tarifa del implante (si corresponde), las tarifas de las instalaciones de la sala de operaciones y las tarifas de anestesia.

Su cotización no incluye cargos por autorización médica, medicamentos o laboratorios necesarios para la cirugía.

Cargo por retraso: En su visita preoperatoria se le dará una hora prevista de llegada para su cirugía. Se concederá un periodo de gracia de 15 minutos. Si llega más allá del periodo de gracia, es posible que se le cobre un tarifa por retraso no reembolsable de \$500. Si decide no pagar el cargo por mora, su cirugía será cancelada y NO se emitirá UN REEMBOLSO. El quirófano puede optar por cancelar su caso si tiene más de 30 minutos de retraso y su tarifa total de cirugía, incluido el depósito de programación, no es reembolsable.

Si la cirugía del paciente es financiada por un proveedor financiero externo, los términos y condiciones del acuerdo de financiamiento, incluidas las tasas de interés, son a discreción del tercero

proveedor financiero. En tales casos, el acuerdo de financiación es vinculante exclusivamente entre el paciente y el proveedor financiero tercero.

Tarifa de reprogramación: En caso de que necesite reprogramar su cirugía, debe dar un mínimo de 14 días/2 semanas de aviso antes de la fecha de la cirugía programada. Si reprograma la fecha de su cirugía sin dar un aviso mínimo de 14 días, se cobrará una tarifa no reembolsable de \$500 al reprogramar su cirugía.

Cancelación de la cirugía: Se recogerá un depósito no reembolsable (como se describió anteriormente) en el momento en que programe su cirugía. Este depósito de programación es una tarifa de reserva y se aplicará a su equilibrio de cirugía. Se requiere el pago final (14) días antes de la fecha de la cirugía programada. Si no realiza este pago a tiempo, se cancelará la cirugía. Si no se completa su autorización médica y en nuestra oficina 14 días antes de la fecha de la cirugía, se cancelará la cirugía. No se emitirán reembolsos.

Si decide cancelar su cirugía por cualquier motivo con menos de 14 días hábiles de anticipación a partir de la fecha de la cirugía programada, (a menos que un médico no lo aclare y no pueda reprogramarlo), usted será elegible para recibir un reembolso de cualquiera de los poner a su cirugía, menos el depósito no reembolsable de la siguiente manera:

Política Financiera

Cancelación de La Cirugía :

*La cancelación 8-14 días antes de la fecha programada de la cirugía resultará en una pérdida del 25% de las tarifas pagadas

*La cancelación 2 - 7 días antes de la fecha de la cirugía programada resultará en la pérdida del 50% de las tarifas pagadas

*La cancelación 0 -1 días antes de la fecha de la cirugía programada resultará en la pérdida del 100% de las tarifas pagadas

Si bien esto puede parecer un cargo por los servicios que no se proporcionaron, esta tarifa es necesaria para reservar tiempo en el quirófono y en la práctica, que se realizan cuando se programa.

Si su cirugía es cancelada o reprogramada debido a una razón médicamente aceptable aprobada, presentada por escrito por un médico consultor y aceptable para la práctica, antes de 14 días de la cirugía programada, usted puede tener derecho a un reembolso. Si su autorización médica llega tarde a nuestra oficina, requiriendo cancelación o reprogramación, dentro de los 14 días de su cirugía, usted no tendrá derecho a ningún reembolso.

Nos reservamos el derecho de rechazar los servicios de cirugía plástica por cualquier razón, incluyendo pero no limitado a si consideramos que el paciente no es lo suficientemente saludable física o mentalmente para tales servicios.

Seguro: Los gastos relacionados con la cirugía estética no están cubiertos por el seguro médico. Ocasionalmente la cirugía estética se realiza junto con un procedimiento diseñado para mejorar la función o es de naturaleza reconstructiva. En estos casos, su seguro médico puede cubrir parte o la totalidad de los gastos incurridos.

Aunque estamos encantados de ayudarle con su solicitud para cualquier cobertura de seguro razonable, no podemos éticamente, y no lo haremos, llenar ningún formulario de tal manera que disfraze el verdadero propósito de cualquier procedimiento cosmético que desee haber hecho. Además, incluso en casos que son claramente funcionales o reconstructivos en mi opinión, no puedo garantizar que su particular compañía de seguros esté de acuerdo con mis conclusiones y cubra su procedimiento.

Si su compañía de seguro de salud declina cualquiera de los cargos asociados con nuestros servicios a usted, incluso aquellos que fueron facturados como médicamente necesarios pero que fueron rechazados por su aseguradora como cosméticos, médicamente innecesarios o una condición preexistente no cubierta, usted, el paciente, en última instancia responsable de todos los cargos incurridos. Usted debe consultar los términos de su propio plan de beneficios para determinar si hay alguna exclusión u otras limitaciones de beneficios aplicables al procedimiento de interés. De esta manera, puede asegurarse de que todos los requisitos de necesidad para la cobertura se conozcan y cumplan.

Tratamiento y complicaciones: La práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Aunque se prevén buenos resultados, no puede haber ninguna garantía, expresa o implícita, por parte de nadie en cuanto a sus resultados. Pueden ser necesarias revisiones quirúrgicas y/u otro tratamiento médico o el manejo de problemas y/o complicaciones. Estos darán lugar a cargos adicionales de los que usted es responsable.

Acuerdo del Paciente: He leído y entiendo la política financiera anterior. He tenido la oportunidad de responder preguntas sobre esta Política, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Acepto estar obligado por los términos de esta Política. Además, estoy de acuerdo en que, si incumplo alguna obligación bajo la Política, seré responsable de los honorarios de abogados, costos judiciales, perjuicio

intereses permitidos por la ley, y los gastos de cobro.

No importa el método de pago, este acuerdo es vinculante

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

*** POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO LEGALMENTE VINCULANTE CUIDADOSAMENTE ***

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO/PACIENTE

Este Acuerdo de Arbitraje Médico/Paciente (el "Acuerdo") se realiza entre Pedro M. Soler, M.D., en nombre de la empresa y sus funcionarios, directores, directores, agentes y empleados, todos ellos denominados colectivamente en adelante como "Doctor" y _____ denominados en adelante "usted" o "el Paciente". La intención de las partes en este Acuerdo es que se vincule a sí misma, y también a sus herederos, representantes personales, tutores, hijos, cónyuges o cualquier persona que derive sus reclamos a través o en nombre del Paciente.

Usted, el Paciente, entiende que no está obligado a utilizar los servicios profesionales de Pedro M. Soler, M.D., o de cualquiera de los empleados del Dr. Soler o de los mencionados en este Acuerdo como "Doctor" para la realización de cirugía general, cirugía plástica, cirugía reconstructiva y/o procedimientos y servicios médicos relacionados. También es reconocido por usted, el Paciente, que hay numerosos otros médicos en el área de Tampa Bay que están calificados para realizar cirugía general, cirugía plástica, cirugía reconstructiva, cirugía estética y / o procedimientos y servicios médicos relacionados.

Y teniendo en cuenta los beneficios mutuos que fluyen entre las partes en virtud de este Acuerdo, se entiende y acuerda que en caso de cualquier controversia, disputa o reclamo que pueda surgir entre el Doctor y usted el Paciente, en relación con los procedimientos médicos o servicios realizados por el Doctor para usted el Paciente, independientemente de si la disputa se refiere a la atención médica prestada, o el pago de honorarios quirúrgicos o de otro tipo, o cualquier otro asunto, la disputa se resolverá por arbitraje código de Arbitraje de Florida, Capítulo 682, Leyes de Florida. **SE ENTIENDE QUE ESTE ARBITRAJE SE ENCUENTRA EN LUGAR DE CUALQUIER EN LUGAR DE CUALQUIER JUICIO POR JUEZ O JURADO.** Cada parte elegirá un árbitro y los dos árbitros elegirán un tercer árbitro. Todos los árbitros serán médicos con licencia que son miembros en buena posición de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos, certificados por la Junta Americana de Cirugía Plástica, y participan activamente en la práctica de la cirugía plástica y reconstructiva en el Estado de Florida. El panel de árbitros escuchará y decidirá todos los aspectos de cualquier controversia, disputa o reclamación entre las partes en este Acuerdo, y su decisión será vinculante para todas las partes.

Además, el Médico y usted al Paciente entiende que el arbitraje de cualquier controversia, disputa o reclamación de conformidad con este Acuerdo se iniciará dentro del tiempo prescrito por el Estatuto de Limitaciones de Florida aplicable. Se considerará que una acción de conformidad con este Acuerdo comienza al recibir una reclamación por escrito que notifica al Médico o Al Paciente, cualquiera que sea el caso, la naturaleza de la controversia, disputa o reclamo, y que exija que las partes procedan con el arbitraje de acuerdo con los términos de este Acuerdo.

En el caso de una decisión de arbitraje final basada en el hecho de que usted no pague por los servicios médicos prestados por el Doctor, usted acepta expresamente que cualquier laudo arbitral a favor del Doctor incluirá intereses previos a la adjudicación calculados a la tasa de uno y medio por ciento (1,5%) por mes del importe total del principal otorgado por cada mes no pagado desde la fecha de la factura inicial hasta la fecha del laudo arbitral, independientemente de cualquier diferencial entre la factura y los importes de la adjudicación. Las partes acuerdan además que cualquier sentencia final puede ser sometida a ejecución a un tribunal estatal o federal de jurisdicción competente ubicado en Tampa, Florida, y para ese fin tanto el Doctor como usted el Paciente consienten expresamente a la jurisdicción personal de dicho tribunal para tales fines.

En testimonio de lo que, hemos firmado de acuerdo a continuación en este _____ día de ____, 202__ .

"Doctor"

"Paciente"

By: _____
Agente Autorizado

By: _____
Paciente

Testigo: _____

Testigo: _____



En Soler Cosmetic Plastic Surgery nuestros pacientes son el centro de todo lo que hacemos. Nuestro médico, el Dr. Soler y su equipo están comprometidos a proporcionar la atención de la más alta calidad durante todas las etapas de su tratamiento. Con esto en mente, queremos compartir nuestro proceso para completar los Formularios de Discapacidad y FMLA.

Nuestra política con respecto a la cumplimentación de todos los formularios es la siguiente:

Los formularios y la autorización firmada para divulgar información médica pueden ser entregados directamente a la oficina. Por favor, entregue su documentación directamente a la recepción. No le dé la documentación a su médico, ya que esto puede causar un retraso en la finalización.

Proporcione a la oficina su método de distribución preferido una vez que se completen los formularios, es decir. Recogida en la oficina, correo o fax a usted o a la empresa que solicita la información.

El costo de completar los siguientes formularios es el siguiente y el pago se debe cuando los formularios se dejan para completarse. Este importe se paga con cheque, efectivo o tarjeta de crédito.

Formulario de Discapacidad \$25.00 Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA) \$25.00 Cartas especiales hechas por el Médico \$25.00

La parte de información del paciente del formulario debe completarse antes del procesamiento. Cualquier re-presentación de los formularios será una adición \$25.00.

Una vez que recibamos sus formularios y su autorización firmada para divulgar su información médica, por favor espere de 5 a 7 días hábiles para el procesamiento del formulario.

Todos los formularios completados se enviarán por correo o por fax al transportista/empleador de discapacidad según lo indicado por el paciente o pueden ser recogidos en nuestra oficina.

Por ley, estamos obligados a tener una autorización firmada de todos los pacientes antes de la divulgación de su información médica a cualquier fuente externa. La mayoría de los formularios de discapacidad o FMLA incluyen una autorización para divulgar la página o párrafo de información que debe firmar el paciente. Si su documentación contiene esto, asegúrese de leer y completar cuidadosamente esa sección firmando y saliendo donde se indique.

Si sus formularios no incluyen una página o sección de autorización, se le pedirá que firme nuestro formulario de autorización de oficina antes de completar o divulgar estos formularios a cualquier persona, incluido usted. Tenga en cuenta que esto incluye FMLA para su cónyuge o parientes también. Debemos tener una autorización del paciente antes de que se dé cualquier información médica.

Firma del paciente

Fecha