



PATIENT INTAKE FORM

TUAN A. TRAN M.D., M.B.A., F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

PATIENT INFORMATION (Thông tin cá nhân)

Ngày hôm nay: ____/____/____

Nam | Nữ

[Tên] _____ [M.I.] _____ [Họ] _____

Địa chỉ: _____ [Apt.] _____ Tuổi: _____ Ngày sinh: ____/____/____

Thành Phố: _____ Tiểu bang: ____ Zip: _____ Home Tel: _____

Social Security #: _____ Driver's License #: _____ Mobile Tel: _____

Tình trạng hôn nhân: Độc thân | Kết hôn | Khác hơn Yêu cầu ngôn ngữ: _____

E-mail: _____

EMPLOYMENT INFORMATION (Tình trạng công việc)

Full-Time | Part-Time | Sinh viên | Nghỉ Hưu | Khác hơn Nghề nghiệp: _____

Nơi làm/ Trường học: _____ Work Tel: _____

Địa chỉ Nơi làm/ Trường học: _____ Thành Phố: _____ State: _____ Zip: _____

EMERGENCY CONTACT (Important) Liên lạc khi khẩn cấp

Name: [Tên] _____ [Họ] _____ Phone number: _____

Mối quan hệ: _____

Địa chỉ: _____ Thành Phố: _____

State: _____ Zip: _____

MEDICAL INSURANCE INFORMATION (skip this part if we have a copy of your Insurance.)

Primary Insurance Company Name: _____ Telephone: _____

Name of Insured: [First] _____ [Last] _____

Policy #: _____ Group #: _____ Co-pay? Yes | No If Yes, Amount: \$ _____

Secondary Insurance Company Name: _____ Telephone: _____

Name of Insured: [First] _____ [Last] _____

Policy #: _____ Group #: _____ Co-pay? Yes | No If Yes, Amount: \$ _____

Tôi hiểu rằng chi phí thăm khám được thanh toán vào ngày dịch vụ được trả lại. Bất kể bảo hiểm, tôi chịu trách nhiệm cho tất cả các hóa đơn được thanh toán một cách kịp thời (nếu có). Tôi hiểu rằng hợp đồng của tôi là giữa bác sĩ Tuấn Trần và bản thân tôi.

Chữ ký: (Bệnh nhân, Phụ huynh hoặc Người giám hộ) _____ Ngày : _____



PATIENT INTAKE FORM

TUAN A. TRAN M.D., M.B.A, F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

REFERRAL INFORMATION

Bác sĩ/ Người giới thiệu: _____

Bạn biết Bác sĩ Tuấn Trần bằng cách nào? _____

Bạn có ghé thăm website [www.tranplastic.com]? Yes | No

Nếu có, trang web của chúng tôi có hữu ích không? Yes | No

Nếu Không, vui lòng liệt kê lý do: _____

PROCEDURE INFORMATION

Lý do cho thăm khám của bạn ngày hôm nay là gì? [Check all applicable procedures below]

| MẶT | NGỰC | CƠ THỂ | DA | TAY |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nâng Mặt <input type="checkbox"/> Nâng Má <input type="checkbox"/> Nâng Cổ <input type="checkbox"/> Nâng Trán <input type="checkbox"/> Nâng mặt bằng chỉ <input type="checkbox"/> Chuyển mỡ mặt <input type="checkbox"/> Cấy ghép mặt <input type="checkbox"/> Nữ tính hóa khuôn mặt <input type="checkbox"/> Nâng cằm <input type="checkbox"/> Tạo hình lại tai <input type="checkbox"/> Mí mắt trên <input type="checkbox"/> Mí mắt dưới <input type="checkbox"/> Nâng Mũi <input type="checkbox"/> Khác: _____ | <input type="checkbox"/> đơn. ngực <input type="checkbox"/> Nâng ngực (Mastopexy) <input type="checkbox"/> Tu Sửa ngực <input type="checkbox"/> Thay implant ngực <input type="checkbox"/> Breast Capsulectomy <input type="checkbox"/> Giảm kích co ngực <input type="checkbox"/> Breast Asymmetry Other: _____ | <input type="checkbox"/> Hút mỡ <input type="checkbox"/> Tummy Tuck <input type="checkbox"/> Mommy Makeover <input type="checkbox"/> Nâng cơ thể <input type="checkbox"/> Mông độn <input type="checkbox"/> Nâng cánh tay <input type="checkbox"/> Nâng đùi <input type="checkbox"/> Chất béo chuyển giao <input type="checkbox"/> VIVEVE treatment (đi tiểu không tự chủ) Other: _____ | <input type="checkbox"/> Botox Cosmetic <input type="checkbox"/> Facial Fillers <input type="checkbox"/> Fat Injections <input type="checkbox"/> Radiofrequency Therapy <input type="checkbox"/> PRP treatments <input type="checkbox"/> Hand Rejuvenation <input type="checkbox"/> O-shot / P-shot <input type="checkbox"/> Cellulite Other: _____ | <input type="checkbox"/> Gãy xương <input type="checkbox"/> Ngón tay kích hoạt <input type="checkbox"/> Tê tay <input type="checkbox"/> Ganglion cyst <input type="checkbox"/> Viêm khớp <input type="checkbox"/> Hội chứng ống cổ tay <input type="checkbox"/> Đau cổ tay <input type="checkbox"/> Chấn thương gân Other: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Mở rộng dương vật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật vú nam Other: _____ | | <input type="checkbox"/> Ung thư da <input type="checkbox"/> Sẹo lồi Location: _____ Other: _____ | |

Vui lòng miêu tả lý do bạn muốn làm phẫu thuật trên: _____

Bạn đã được tư vấn với Bác Sĩ khác không? Yes | No

Phẫu thuật này có phải là để chỉnh sửa lại 1 phẫu thuật trước? Yes | No

Nếu đúng? Bạn đã sửa bao nhiêu lần? _____

SURGERY SCHEDULING QUESTIONNAIRE

Để giúp chúng tôi hiểu rõ hơn về nhu cầu cụ thể và thuận tiện của bạn, vui lòng cung cấp thông tin sau:

Khi nào bạn muốn tiến hành thủ/ phẫu thuật? Trong vòng: Tháng | 3 Tháng | 6 Tháng | 1 Năm

Lịch trình nhà hoặc nơi làm việc của bạn có cho phép sự linh hoạt cho bạn có thể thực hiện phẫu thuật thẩm mỹ của mình trong "thông báo ngắn", tức là thông báo trước 10-14 ngày để được giảm giá phí của bạn? Yes | No



PATIENT INTAKE FORM

TUAN A. TRAN M.D., M.B.A., F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

HEALTH INFORMATION

PATIENT INFORMATION

Name: [First] _____ [M.I.] _____ [Last] _____ D.O.B. / /
 Home Tel: _____ Work Tel: _____ Mobile Tel: _____
 Primary Care Physician: _____ Internist: _____ Cardiologist: _____
 Age: _____ Weight: _____ Height: _____ B/P: [Avg. Resting B/P] _____

PERSONAL MEDICAL HISTORY

Do you have any chronic medical problems? [Fill in box for those that apply]

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Huyết áp cao | <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim | <input type="checkbox"/> Bệnh thận | <input type="checkbox"/> Đột quỵ |
| <input type="checkbox"/> Suy tim | <input type="checkbox"/> Chẩn đoán tâm thần | <input type="checkbox"/> Viêm Gan |
| <input type="checkbox"/> Co giật | <input type="checkbox"/> Vấn đề chảy máu | <input type="checkbox"/> Khí phế thũng |
| <input type="checkbox"/> Nhồi máu cơ tim | <input type="checkbox"/> Bệnh gan | <input type="checkbox"/> Vấn đề dạ dày |
| <input type="checkbox"/> Đau ngực | <input type="checkbox"/> Trào ngược dạ dày | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |
| <input type="checkbox"/> Suyễn | <input type="checkbox"/> Ung thư | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

Có Thành viên gia đình bị các biến chứng gây mê hoặc tăng thân nhiệt ác tính?

Yes | No

Nếu có, vui lòng giải thích? _____

FAMILY HISTORY

Tiền sử gia đình Bạn có vấn đề gì về y tế không? [Fill in box for those that apply]

Please indicate Family member(s): _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Huyết áp cao | <input type="checkbox"/> Tiểu đường | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tim | <input type="checkbox"/> Bệnh thận | <input type="checkbox"/> Đột quỵ |
| <input type="checkbox"/> Suy tim | <input type="checkbox"/> Chẩn đoán tâm thần | <input type="checkbox"/> Viêm Gan |
| <input type="checkbox"/> Co giật | <input type="checkbox"/> Vấn đề chảy máu | <input type="checkbox"/> Khí phế thũng |
| <input type="checkbox"/> Nhồi máu cơ tim | <input type="checkbox"/> Bệnh gan | <input type="checkbox"/> Vấn đề dạ dày |
| <input type="checkbox"/> Đau ngực | <input type="checkbox"/> Trào ngược dạ dày | <input type="checkbox"/> Ung thư vú |
| <input type="checkbox"/> Suyễn | <input type="checkbox"/> Ung thư | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

Vui lòng liệt kê tất cả các Phẫu thuật trước đó:

Date

Liệt kê bất kỳ biến chứng nào:

- | | | |
|----------|--------------------|-------|
| 1. _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |
| 2. _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |
| 3. _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |

Vui lòng liệt kê tất cả các ca nhập viện trước đó:

Date

Liệt kê bất kỳ biến chứng nào:

- | | | |
|----------|--------------------|-------|
| 1. _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |
| 2. _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |
| 3. _____ | ____ / ____ / ____ | _____ |



TUAN A. TRAN M.D., M.B.A., F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

PATIENT INTAKE FORM

Vui lòng liệt kê **TẤT CẢ CÁC LOẠI THUỐC HIỆN TẠI (Tên / Lượng / Liều / Lý do)** và/hoặc thực phẩm chức năng bổ sung bao gồm:
(Kê toa, Over the Counter Medicines, Aspirin, Vitamins, and Herbal Supplements)

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

DỊ ỨNG VỚI THUỐC ? Yes / No

Please list ALL ALLERGIES: (i.e. Shellfish, Latex, Penicillin, etc.) _____

Phản ứng (vui lòng mô tả): _____

Mức độ : Nhẹ Trung bình Nghiêm trọng

SOCIAL HISTORY

Quý vị có sử dụng Aspirin hoặc các loại thuốc có chứa Aspirin?

Yes | No

Bạn có sử dụng chất làm loãng máu? (i.e. Coumadin, Heparin, Aspirin or Ibuprofen)

Yes | No

Nếu Có, tên thuốc: _____

Bạn đã sử dụng thuốc giảm cân trong hai cuối (2) tuần?

Yes | No

Nếu Có, tên thuốc: _____

Bạn đã dùng steroid / Accutane trong vòng một năm qua?

Yes | No

Nếu Có, tên thuốc: _____

Bạn đã bao giờ hút thuốc lá /Hookah/Sản phẩm Vape?

Yes | No

Nếu Có, # gói mỗi ngày: _____ # của năm: _____

Nếu quý vị bỏ thuốc lá, khi nào? _____

Bạn có sử dụng thuốc giải trí?

Yes | No

Nếu Có, loại danh sách: _____

Bạn có tập thể dục?

Yes | No

Nếu Có, tần suất: _____ Bao lâu: _____

Loại hình tập thể dục? _____

Mức độ hoạt động của bạn có liên quan đến giới hạn sức khỏe không?

Yes | No

Nếu có, vui lòng giải thích: _____

Bạn có răng sứ, răng giả, hoặc răng lỏng lẻo?

Yes | No

Nếu có, vui lòng giải thích: _____



TUAN A. TRAN M.D., M.B.A, F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

PATIENT INTAKE FORM

REVIEW OF SYSTEMS

Vui lòng trả lời các câu hỏi Có hoặc Không sau đây với khả năng tốt nhất của bạn.
Quý vị có bất kỳ tình trạng, bệnh tật hoặc triệu chứng nào sau đây không?

TIM MẠCH

- Huyết áp cao Yes | No
 Nhồi máu cơ tim Yes | No
 Đau thắt ngực Yes | No
 Phẫu thuật bắc cầu tim Yes | No
 Máy trợ tim Pacemaker Yes | No
 Suy tim Yes | No
 Nhịp tim bất thường Yes | No
 tiếng thổi của tim Yes | No

HÔ HẤP

- Chụp X-quang ngực bất thường Yes | No
 Suyễn Yes | No
 Viêm phế quản Yes | No
 Khí phế thũng Yes | No
 Nhiễm trùng ngực gần đây Yes | No
 Khó thở Yes | No
 Khó thở vào ban đêm Yes | No
 Khó thở khi gắng sức Yes | No
 Ho Yes | No
 Ho có đờm Yes | No
 Ngưng thở khi ngủ Yes | No
 Sử dụng máy C-PAP Yes | No

TIÊU HÓA

- Vàng da Yes | No
 Sỏi mật Yes | No
 Bệnh gan (Xơ) Yes | No
 Viêm gan Yes | No
 Loét bao tử Yes | No
 Ợ nóng Yes | No
 Ợ chua Yes | No

DA

- Ung thư Yes | No
 Bức xạ Yes | No
 Tổn thương da không điển hình Yes | No

NỘI TIẾT

- Tiểu đường Yes | No
 Hyperthyroidism Yes | No
 Hypothyroidism Yes | No
 Hạ đường huyết Yes | No
 Cholesterol cao Yes | No

TÂM THẦN

- Khủng hoảng tinh thần Yes | No
 Lo lắng Yes | No
 Chăm sóc tâm thần Yes | No
 Rối loạn ám ảnh cưỡng chế Yes | No

THẦN KINH

- Đột quỵ Yes | No
 Co giật Yes | No
 Ngất Yes | No
 Chóng mặt Yes | No
 Nhức đầu Yes | No
 Đau thần kinh tọa Yes | No
 Thoát vị đĩa đệm Yes | No
 Viêm khớp Yes | No
 Thấp khớp Yes | No

HUYẾT HỌC / UNG THƯ

- Xu hướng chảy máu Yes | No
 Dễ bầm tím Yes | No
 Thiếu máu Yes | No
 Bệnh hồng cầu hình liềm Yes | No
 Cục máu đông ở chân Yes | No
 Cục máu đông trong phổi Yes | No
 Xạ trị Yes | No

MẮT

- Đục thủy tinh thể Yes | No
 Tăng nhãn áp Yes | No
 Khô mắt Yes | No
 Bạn có đeo kính áp tròng? Yes | No

Vui lòng liệt kê bất kỳ tình trạng y tế nào khác KHÔNG được liệt kê ở trên:



TUAN A. TRAN M.D., M.B.A, F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

PATIENT INTAKE FORM

- Bạn đã có thử máu trong 3 tháng qua? Yes | No
- Quý vị đã thực hiện EKG trong năm qua chưa? Yes | No
- Bạn đã chụp X-quang ngực trong năm qua? Yes | No
- Bạn có khám sức khoẻ tổng quát? Yes | No

If Yes, Nơi làm: _____

If Yes, Nơi làm: _____

If Yes, Nơi làm: _____

If Yes, Doctor's Name: _____

Doctor's Phone Number: _____

CÂU HỎI CHO NỮ (IF APPLICABLE)

Tiền sử phụ khoa nữ:

Quý vị đã từng mang thai trước đó chưa? Yes | No

Sinh tự nhiên Sinh mổ

Tổng số lần mang thai: _____

Năm mang thai: _____

Tăng cân trung bình khi mang thai: _____

Quý vị có cho con bú sau khi sinh không? Yes | No

Quý vị có kế hoạch sinh thêm con nữa không? Yes | No

Bạn có bị rò rỉ nước tiểu hoặc lỏng lẻo âm đạo? Yes | No

Lịch sử vú:

Khối u vú trước đây, sinh thiết đáng ngờ, hoặc ung thư? Yes | No

Quý vị có tiền sử gia đình bị ung thư vú không? Yes | No

Bạn đã chụp quang tuyến vú trong năm qua? Yes | No

Nếu Có, ngày : _____

Kích thích áo ngực hiện tại? _____

Mammogram: Bình thường Bất thường

Cảm ơn bạn đã cung cấp thông tin quan trọng này!

Chữ ký
Patient/Parent/Conservator/Guardian
(Indicate if completed other than
Patient)

Tên In

_____/_____/_____
Date

Comments:

Reviewed by: _____
TUAN TRAN, M.D.

_____/_____/_____
Date



TUAN A. TRAN M.D., M.B.A, F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

A MESSAGE TO OUR PATIENTS ABOUT ARBITRATION

The attached contract is an arbitration agreement. By signing this agreement, we are agreeing that any dispute arising out of the medical services you receive is to be resolved in binding arbitration rather than in court. By signing this agreement, you are changing the place where your claim will be presented. You may still call witnesses and present evidence. Each party selects an arbitrator, who then select a third, neutral arbitrator. These three arbitrators hear the case.

This agreement helps limit the legal costs for both patients and physicians. It is required by our professional liability insurance. Without arbitration, we are in danger of closing our office. Arbitration agreements between healthcare providers and their patients have long been recognized and approved by the California courts. Arbitration agreements have been used by Kaiser and Cigna for decades. Our goal, of course, is to provide medical care in such a way as to avoid any such dispute. Because most problems begin with communication, we encourage you to ask us any questions about our care.

Signature

Date



TUAN A. TRAN M.D., M.B.A., F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery
General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

PATIENT INTAKE FORM

1. THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

This notice briefly summarizes how we handle your health information, and provides further details of our privacy policies and procedures.

2. How we may use and disclose your health information. We use health information about you for treatment, to get paid for treatment, for administrative purposes and to evaluate the quality of care that you receive. For example, your health information may be shared with other providers to whom you are referred. Information may be shared by paper, mail, electronic mail, fax or other methods. We may use or disclose your health information without your authorization for several reasons. But beyond those situations we will ask for your written authorization before using or disclosing your health information. If you sign an authorization to disclose information, you can later revoke it to stop any future uses and disclosures.

3. Your rights. In most cases, you have the right to look at a copy of your health information that we use to make decisions about you. If you request copies, we may charge you a cost-based fee. You also have the right to request a list of certain types of disclosures of your information that we have made. If you believe your health information is incorrect or information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information

4. Our legal duty. We are required by law to protect the privacy of your health information, provide this notice about our privacy practices, follow the privacy practices that are described in this notice, and seek your acknowledgement of receipt of this notice. We may change our privacy policies any time. Before we make a significant change in our policies, we will change our notice and post the new notice in the waiting area. You can also request a copy of our notice at any time.

5. Privacy complaints. If you are concerned that we have violated your privacy rights, our privacy policies, or if you disagree with a decision we made about access to your health information, you may contact the person listed below. You also may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. The person listed below can provide you with the appropriate address upon request.

If you have any questions or complaints please contact: 10301 BOLSA AVE. WESTMINSTER, CA 92683. Phone: (714)839-8000. Please sign and print your name and provide the date below to acknowledge that you have received this Notice of Privacy Practices

Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____

PHYSICIAN-PATIENT ARBITRATION AGREEMENT

Article 1: Agreement to Arbitrate: It is understood that any dispute as to medical malpractice, that is as to whether any medical services rendered under this contract were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered, will be determined by submission to arbitration as provided by California law, and not by a lawsuit or resort to court process except as California law provides for judicial review or arbitration proceedings. Both parties to this contract, by entering into it, are giving up their constitutional rights to have any such dispute decided on a court of law before a jury, and instead are accepting the use of arbitration.

Article 2: All Claims Must be Arbitrated: It is the intention of the parties that this agreement bind all parties whose claims may arise out of or related to treatment or service provided by the physician including any spouse or heirs of the patient and any children, whether born or unborn, at the time of the occurrence giving rise to any claim. In the case of any pregnant mother, the term "patient" herein shall mean the mother and the mother's expected child or children.

All claims for monetary damages exceeding the jurisdictional limit of the small claims court against the physician, and the physician's partners, associates, association, corporation or partnership, and the employees, agents and estates of any if them, must be arbitrated including, without limitation, claims for loss of consortium, wrongful death, emotional distress or punitive damages. Filing of any court by the physician to collect any fee from the patient shall not waive the right to compel arbitration of any malpractice claim.

Article 3: Procedures and Applicable Law: A demand for arbitration must communicate in writing to all parties. Each party shall select an arbitrator (party arbitrator) within thirty days and a third arbitrator (neutral arbitrator) shall be selected by the arbitrators appointed by the parties within thirty days of a demand for a neutral arbitrator by either party. Each party to the arbitration shall pay such party's pro rata share of the expenses and fees of the neutral arbitrator, together with other expenses of the arbitration incurred or approved by the neutral arbitrator, not including counsel fees or witness fees, or other expenses incurred by a party for such party's own benefit. The parties agree that the arbitrators have the immunity of a judicial officer from civil liability when acting in the capacity of arbitrator under this contract. This immunity shall supplement, not supplant, any other applicable statutory or common law.

Either party shall have the absolute right to arbitrate separately the issues of liability and damages upon written request to the neutral arbitrator.

The parties consent to the intervention and joinder in this arbitration of any person or entity which would otherwise be a proper additional party in a court action, and upon such intervention and joinder any existing court action against such additional person or entity shall be stayed pending arbitration.

The parties agree that provisions of California law applicable to health care providers shall apply to disputes within this arbitration agreement, including, but not limited to, Code of Civil Procedure Section 340.5 and 667.7 and Civil Code Sections 3333.1 and 3333.2. Any party may bring before the arbitrations a motion for summary judgment or summary adjudication in accordance with the Code of Civil Procedure. Discovery shall be conducted pursuant to Code of Civil Procedure section 1283.05, however, depositions may be taken without prior approval of the neutral arbitrator.

Article 4: General Provisions: All claims based upon the same incident, transaction or related circumstances shall be arbitrated in once proceeding. A claim shall be waived and forever barred if (1) on the date notice thereof is received, the claim, if asserted in a civil action, would be barred by the applicable California statute of limitations, or (2) the claimant fails to pursue the arbitration claim in accordance with the procedures prescribed herein with reasonable diligence. With respect to any matter not herein expressly provided for, the arbitrators shall be governed by the California Code of Civil Procedure provisions relating to arbitration.

Article 5: Revocation: This agreement may be revoked by written notice delivered to the physician within 30 days, or signature. It is the intent of this agreement to apply to all medical services rendered any time for any condition.

Article 6: Retroactive Effect: If patient intends this agreement to cover services rendered before the date it is Effective as of the date of first medical services.

Patient's or Patient Representative's Initials

If any provision of this arbitration agreement is held invalid or unenforceable, the remaining provisions shall remain in full force and shall not be affected by the invalidity of any other provision.

I understand that I have the right to receive a copy of this arbitration agreement. By my signature below, I acknowledge that I have received a copy.

NOTICE: BY SIGNING THIS CONTRACT YOU ARE AGREEING TO HAVE ANY ISSUE OF MEDICAL MALPRACTICE DECIDED BY NEUTRAL ARBITRATION AND YOU ARE GIVING UP YOUR RIGHT TO A JURY OR COURT TRIAL. SEE ARTICLE 1 OF THIS CONTRACT.

By: _____
Physician's or Authorized Representative's Signature (Date)

By: _____
Patient's or Patient Representative's Signature (Date)

By: _____
Print Patient's Name

Print or Stamp Name of Physician,
Medical Group or Association Name

(If Representative, Print Name and Relationship to Patient)

A signed copy of this document is to be given to Patient. Original is to be filed in Patient's medical records.



TUAN A. TRAN M.D., M.B.A, F.A.C.S.

Diplomate American Board of Plastic Surgery, Diplomate American Board of Surgery

General Surgery, Reconstructive Surgery, Aesthetic Surgery, Plastic and Hand Surgery

PHOTOGRAPHIC CONSENT AND RELEASE FORM

I, _____ (please print), grant permission to TRAN PLASTIC SURGERY and affiliates, or anyone authorized by any of them, the irrevocable and unrestricted right to capture and reproduce the photographs and/or video images taken of me for the purpose of informing the medical profession and the general public about plastic surgery and plastic surgery procedures and techniques without compensation to me. The Images (including any photographic negatives) shall be the sole property of TRAN PLASTIC SURGERY. I hereby release, discharge, and agree to hold harmless TRAN PLASTIC SURGERY and its affiliates and their respective representatives, assigns, employees, and any person acting under their permission or authority, from and against any claims whatsoever in connection with the use of my Images and name therewith if it so chooses.

I hereby warrant that I am over eighteen years of age and I have read and understand the foregoing release, authorization, and agreement, before signing my name below, and enter into it knowingly and voluntarily.

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature (if under 18): _____ Date: _____

I, _____ (please print), hereby irrevocably consent and authorize the use and reproduction of my images without de-identifying physical features for promotional purposes of TRAN PLASTIC SURGERY. Such use shall include, but not limited to, distributing the images via print, visual and electronic media on TRAN PLASTIC SURGERY website and social media sites, such as Instagram, Facebook, and YouTube, without compensation to me.

I hereby warrant that I am over eighteen years of age and I have read and understand the foregoing release, authorization, and agreement, before signing my name below, and enter into it knowingly and voluntarily.

Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature (if under 18): _____ Date: _____