



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

## INFORMACION AL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: [Primero] \_\_\_\_\_ [M.I.] \_\_\_\_\_ [Apellido] \_\_\_\_\_

Hombre |  Mujer

Domicilio: \_\_\_\_\_ [Apt.] \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ F.D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_

Numero Social #: \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir#: \_\_\_\_\_ Tel Empleo: \_\_\_\_\_

Marital Status:  Soltero/a |  Casado/a |  Otro Tel Móvil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMPLEO

Tiempo Completo |  Tiempo Parcial |  Estudiante |  Retirado/a |  Otro

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ Tel Empleo: \_\_\_\_\_

Empleo/Escuela Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA (IMPORTANTE)

Nombre: [Primero] \_\_\_\_\_ [Apellido] \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Tel Empleo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Tel Móvil: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGURO MEDICO (omita esta parte si tenemos una copia de su seguro.)

Nombre de la Compañía de Seguro Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: [Primero] \_\_\_\_\_ [Apellido] \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Co-pago?  Si |  No Si es así, cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro Secundaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: [Primero] \_\_\_\_\_ [Apellido] \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Co-pago?  Yes |  No Si es así, Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Entiendo que los cargos por visitas al consultorio se pagan el día en que se presta el servicio. Independientemente de la cobertura del seguro, soy responsable de que todas las facturas se paguen de manera oportuna. Entiendo que mi contrato es entre el Dr. Tuan Tran y yo.

Firma: (Paciente, Padre o Guardián) \_\_\_\_\_

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



# 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

## INFORMACIÓN REFERENCIAL

Médico / Paciente / Fuente Remitente: \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchaste sobre Dr. Tuan Tran? \_\_\_\_\_

¿Has estado en nuestro sitio web? [[www.tranplastic.com](http://www.tranplastic.com)]?  Si |  No Si es así, ¿fue útil nuestro sitio web?  Si |  No

Si la respuesta es No, indique el motivo: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PROCEDIMIENTO

Cuál es la razón de su visita? [Verifique todos los procedimientos aplicables a continuación]

CARA	SENO	CUERPO	PIEL	MANO
<input type="checkbox"/> Levantamiento Facial <input type="checkbox"/> Levantamiento De mejillas <input type="checkbox"/> Levantamiento de Cuello <input type="checkbox"/> Levantamiento de Frente <input type="checkbox"/> Levantamiento facial con hilo <input type="checkbox"/> Transferencia de grasa facial <input type="checkbox"/> Feminización Facial <input type="checkbox"/> Aumentación mentón <input type="checkbox"/> Remodelación de Orejas <input type="checkbox"/> Párpados superiores <input type="checkbox"/> Párpados inferiores <input type="checkbox"/> Rinoplastia Otro: _____	<input type="checkbox"/> Aumentación de seno <input type="checkbox"/> Levantamiento de Seno (mastopexia) <input type="checkbox"/> Revisión de seno / reparación <input type="checkbox"/> Intercambio de implantes de Seno <input type="checkbox"/> Capsulectomía de Mama <input type="checkbox"/> Reducción de Seno <input type="checkbox"/> Asimetría de Seno Otro: _____ <input type="checkbox"/> Agrandamiento del pene <input type="checkbox"/> Cirugía de Seno Masculina Otro: _____	<input type="checkbox"/> Liposucción <input type="checkbox"/> Abdominoplastia <input type="checkbox"/> Mama cambio de Imagen (mommy makeover) <input type="checkbox"/> Levantamiento de Cuerpo <input type="checkbox"/> Aumento de Glúteos <input type="checkbox"/> Levantamiento de Brazos (Braquioplastia) <input type="checkbox"/> Levantamiento de Muslos <input type="checkbox"/> Transferencia de Grasa <input type="checkbox"/> Tratamiento VIVEVE (Incontinencia Urinaria) Otro: _____	<input type="checkbox"/> Botox Cosmético <input type="checkbox"/> rellenos faciales <input type="checkbox"/> inyecciones de grasa <input type="checkbox"/> PRP tratamientos <input type="checkbox"/> Rejuvenecían de mano <input type="checkbox"/> O-shot / P-shot <input type="checkbox"/> Celulitis <input type="checkbox"/> Terapia de Radiofrecuencia Otro: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer de piel <input type="checkbox"/> queleide Locacion: _____ Otro: _____	<input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> dedos en gatillo <input type="checkbox"/> Adormecimiento <input type="checkbox"/> Aquiste de ganglio <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Síndrome carpal túnel <input type="checkbox"/> Dolor de muñeca <input type="checkbox"/> lesión del tendón

Describe por qué está interesado en someterse a los procedimientos enumerados anteriormente: \_\_\_\_\_

¿Ha consultado con otros médicos acerca de los procedimientos indicados anteriormente?  SI |  NO

¿Este procedimiento es una revisión de una cirugía anterior?  SI |  No

En caso afirmativo, ¿cuántas cirugías previas? \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

Para ayudarnos a comprender sus necesidades particulares y preferencias de tiempo para su cirugía, por favor bríndenos la siguiente información:

¿Cuál es su preferencia de tiempo para su procedimiento? Dentro del próximo:  Mes |  3 Meses |  6 Meses |  1 año  
Su horario de casa o de trabajo permite tal flexibilidad por la que podría realizarse su cirugía estética con "poca antelación", es decir, e.

10-14 días de anticipación para un descuento en sus tarifas?  SI |  No



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

INFORMACION DE SALUD

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: [primero] \_\_\_\_\_ [M.I.] \_\_\_\_\_ [Apellido] \_\_\_\_\_ F.D.N. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Tel de Casa: \_\_\_\_\_ Tel de Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel Mobil: \_\_\_\_\_  
Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Internista \_\_\_\_\_ Cardiólogo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Peso Actual: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ B/P: [Promedio Descansando B / P] \_\_\_\_\_

HISTORIA MÉDICA PERSONAL

¿Tiene algún problema médico crónico? [Complete el recuadro para los que apliquen]

- Alta Presión  Diabetes  VIH o SIDA
- Enfermedad del corazón  Enfermedad de los Riñones  Accidente Cerebrovascular(Stroke)
- insuficiencia cardiaca  Diagnostico Psiquiátrico  Hepatitis
- convulsiones  Problemas de Sangrado  Enfisema
- Ataques de Corazón  Enfermedad del Hígado  Problemas del Estomago
- Dolor de Pecho  Reflujo Gástrico  Otro: \_\_\_\_\_
- Asma  Cáncer  Otro: \_\_\_\_\_

¿Existe alguna complicación personal o familiar de la anestesia o hipertermia maligna?  SI |  No

¿En caso afirmativo, explíquelo por favor? \_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR

¿Tiene antecedentes familiares de algún problema médico? [Complete el recuadro para los que apliquen]

Por favor indique miembro (s) de la familia: \_\_\_\_\_

- Alta Presión  Diabetes  VIH o SIDA
- Enfermedad del Corazón  Enfermedad de los Riñones  Accidente Cerebrovascular (stroke)
- Insuficiencia Cardiaca  Diagnostico Psiquiátrico  Hepatitis
- Convulsiones  Problemas de Sangrado  Enfisema
- Ataques de Corazon  Enfermedad del Hígado  Problemas del Estomago
- Dolor de Pecho  Reflujo Gástrico  Cáncer de Mama
- Asma  Cáncer  Otro: \_\_\_\_\_

Enumere todas las operaciones anteriores :

Fecha

Enumere las complicaciones:

1. \_\_\_\_\_ / /  
2. \_\_\_\_\_ / /  
3. \_\_\_\_\_ / /

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere todas las hospitalizaciones anteriores:

Fecha

Enumere las complicaciones:

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

**Enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES (Nombre / Concentración / Dosis / Razón) y / o suplementos dietéticos, incluidos:**  
(Recetas, medicamentos de venta libre, aspirina, vitaminas y suplementos a base de hierbas)

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

**FARMACIA:** \_\_\_\_\_

**¿ALÉRGICO A LOS MEDICAMENTOS? Sí o No**

Enumere TODAS LAS ALERGIAS: (es decir, mariscos, látex, penicilina, etc.)

REACCIÓN (por favor describa): \_\_\_\_\_

GRAVEDAD:  Leve  Moderado  Severo

## HISTORIA SOCIAL

¿Usa aspirina o medicamentos que contienen aspirina?  SI |  No

¿Utiliza anticoagulantes? (es decir, Coumadin, Heparina, Aspirina o Ibuprofeno)  SI |  No

En caso afirmativo, nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

¿Ha usado píldoras dietéticas en las últimas dos (2) semanas?  SI |  No

En caso afirmativo, nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado esteroides / Accutane durante el último año?  SI |  No

En caso afirmativo, nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha fumado productos de tabaco / Hookah / Vape?  SI |  No

Si es así, # de paquetes por día: \_\_\_\_\_ # de Años: \_\_\_\_\_

Si lo dejaste ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Usa drogas recreativas?  SI |  No

En caso afirmativo, escriba el tipo: \_\_\_\_\_

Hace Ejercicio?  SI |  No

Si es así, con qué frecuencia: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_

Tipo de Ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Su nivel de actividad está relacionado con limitaciones de salud?  SI |  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Tiene tapas, puentes, dentaduras postizas o dientes flojos?  Yes |  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_



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

## REVISIÓN DE SISTEMAS

Responda las siguientes preguntas Sí o No lo mejor que pueda. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones, enfermedades o síntomas?

### CARDIOVASCULAR

- Alta presión  SI |  No  
 Ataque al Corazón  SI |  No  
 Angina/dolor de pecho  SI |  No  
 Cirugía de bypass cardíaco  SI |  No  
 marcapasos  SI |  No  
 Insuficiencia Cardíaca  SI |  No  
 Arritmia  SI |  No  
 Soplo cardíaco  SI |  No

### RESPIRATORIO

- Radiografía de tórax anormal  SI |  No  
 Asma  SI |  No  
 Bronquitis  SI |  No  
 Enfisema  SI |  No  
 Infección de pecho reciente  SI |  No  
 Dificultad para respirar  SI |  No  
 Dificultad para respirar por la noche  SI |  No  
 Dificultad para respirar con el esfuerzo  SI |  No  
 Tos  SI |  No  
 Tos con esputo  SI |  No  
 Apnea del sueño  SI |  No  
 Utilice una máquina C-PAP  SI |  No

### GASTROINTESTINAL

- Ictericia  SI |  No  
 Cálculo biliar  SI |  No  
 Enfermedad hepática (cirrosis)  SI |  No  
 Hepatitis  SI |  No  
 úlceras  SI |  No  
 Hernia Hiatal  SI |  No  
 Acidez  SI |  No

### PIEL

- Cáncer  SI |  No  
 Radiación  SI |  No  
 Lesiones cutáneas atípicas  SI |  No

### ENDOCRINO

- Diabetes  SI |  No  
 Hipertiroidismo  SI |  No  
 Hipotiroidismo  SI |  No  
 Hipoglucemia  SI |  No  
 Colesterol alto  SI |  No

### PSIQUIATRICO

- Depresión  SI |  No  
 Ansiedad  SI |  No  
 Atención psiquiátrica  SI |  No  
 Trastorno obsesivo compulsivo  SI |  No

### NEUROLOGICO

- Accidente Cerebrovascular (Stroke)  SI |  No  
 Convulsiones  SI |  No  
 Desmayo  SI |  No  
 Mareo  SI |  No  
 Dolor de cabeza  SI |  No  
 Ciática  SI |  No  
 Hernia de disco  SI |  No  
 Artritis  SI |  No  
 Reumatoide  SI |  No

### HEMATOLÓGICO / ONCOLÓGICO

- Tendencia a sangrar  SI |  No  
 Moretones con facilidad  SI |  No  
 Anemia  SI |  No  
 Anemia drepanocítica  SI |  No  
 Coágulos de sangre en las piernas  SI |  No  
 Coágulos de sangre en los pulmones  SI |  No  
 Radioterapia  SI |  No

### OJOS

- Cataratas  SI |  No  
 Glaucoma  SI |  No  
 Ojos secos  SI |  No  
 Usa lentes de contacto?  SI |  No

Enumere cualquier otra afección médica que NO se enumere anteriormente: \_\_\_\_\_



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

¿Le han extraído sangre en los últimos 3 meses?  SI |  No Si es así, ubicación: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho un electrocardiograma en el último año?  SI |  No Si es así, ubicación: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una radiografía de tórax en el último año?  SI |  No Si es así, ubicación: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un examen físico reciente?  SI |  No Si es así, nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Numero de telefono del Doctor: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO FEMENINO (SI APLICA)

### Historia Ginecológica Femenina:

¿Ha tenido embarazos anteriores? Embarazos  SI |  No  Entrega natural  Entrega de cesárea  
totales: \_\_\_\_\_

Fecha de embarazos: \_\_\_\_\_

Aumento de peso Durante el embarazo: \_\_\_\_\_

Amamantó Durante el embarazo?  SI |  No

Planea tener más hijos?  SI |  No

### ¿Sufre pérdida de orina o flojedad vaginal?

Historia femenina de Senos:  SI |  No

¿Masa mamaria previa, biopsia sospechosa o cáncer?

¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama?

¿Ha tenido una mamografía en el último año? Si  SI |  No

es así, fecha del examen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  SI |  No

Talla de sostén actual? \_\_\_\_\_  SI |  No

Mamograma:  Normal  Anormal

*¡Gracias por brindar esta importante información!*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

Paciente / padre / tutor / tutor (indicar si se completó en otro lugar que no sea Paciente)

Comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_  
TUAN TRAN, M.D.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha



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

## UN MENSAJE A NUESTROS PACIENTES SOBRE EL ARBITRAJE

El contrato adjunto es un acuerdo de arbitraje. Al firmar este acuerdo, estamos de acuerdo en que cualquier disputa que surja de los servicios médicos que reciba se resolverá en un arbitraje vinculante en lugar de en un tribunal. Al firmar este acuerdo, está cambiando el lugar donde se presentará su reclamo. Aún puede llamar a testigos y presentar pruebas. Cada parte selecciona un árbitro, que luego selecciona un tercer árbitro neutral. Estos tres árbitros conocen el caso.

Este acuerdo ayuda a limitar los costos legales tanto para los pacientes como para los médicos. Es requerido por nuestro seguro de responsabilidad profesional. Sin arbitraje, corremos el peligro de cerrar nuestra oficina. Los acuerdos de arbitraje entre los proveedores de atención médica y sus pacientes han sido reconocidos y aprobados por los tribunales de California desde hace mucho tiempo. Káiser y Cigna han utilizado los acuerdos de arbitraje durante décadas. Nuestro objetivo, por supuesto, es brindar atención médica de tal manera que se evite cualquier disputa. Debido a que la mayoría de los problemas comienzan con la comunicación, lo alentamos a que nos haga preguntas sobre nuestra atención.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha





## 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

**1. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

Este aviso resume brevemente cómo manejamos su información médica y brinda más detalles sobre nuestras políticas y procedimientos de privacidad.

2. Cómo podemos usar y divulgar su información médica. Usamos su información médica para el tratamiento, para que le paguen por el tratamiento, con fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Por ejemplo, su información médica puede compartirse con otros proveedores a los que se le deriva. La información se puede compartir por papel, correo, correo electrónico, fax u otros métodos. Podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización por varias razones. Pero más allá de esas situaciones, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica. Si firma una autorización para divulgar información, puede revocarla más tarde para detener cualquier uso y divulgación futuros.

3. Tus derechos. En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver una copia de su información médica que usamos para tomar decisiones sobre usted. Si solicita copias, podemos cobrarle una tarifa basada en el costo. También tiene derecho a solicitar una lista de ciertos tipos de divulgaciones de su información que hemos realizado. Si cree que su información médica es incorrecta o falta información, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos la información que falta.

4. Nuestro deber legal. La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y solicitar su acuse de recibo de este aviso. Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad en cualquier momento. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras políticas, cambiaremos nuestro aviso y publicaremos el nuevo aviso en el área de espera. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento.

5. Quejas de privacidad. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, nuestras políticas de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, puede comunicarse con la persona que se indica a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La persona que figura a continuación puede proporcionarle la dirección adecuada si lo solicita.

Si tiene alguna pregunta o queja por favor comuníquese con: 10301 BOLSA AVE. WESTMINSTER, CA 92683.  
Teléfono: (714) 839-8000. Firme e imprima su nombre y proporcione la fecha a continuación para reconocer que ha recibido este Aviso de prácticas de privacidad.

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

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_



# 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: \_\_\_\_\_ (Date)  
Physician's or Authorized Representative's Signature  
By: \_\_\_\_\_ (Date)  
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 files 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*

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO Y DE PUBLICACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ ( por favor imprimir), otorgo permiso a TRAN PLASTIC SURGERY y afiliados o cualquier persona autorizada por cualquiera de ellos, el irrevocable y sin restricciones derecho a capturar y reproducir las fotografías y/ o imágenes de video que se me tomen con el fin de informar a la profesión médica y al público general sobre cirugía plástica y procedimientos y técnicas de cirugía plástica sin compensación para mí. Las imágenes (incluidos los negativos fotográficos) serán propiedad exclusiva de TRAN PLASTIC SURGERY. Por la presente libero, descargo y acepto ser inofensivo TRAN PLASTIC SURGERY y sus afiliados y sus respectivos representantes, cesionarios, empleados y cualquier persona que actúe bajo su permiso o autoridad, de y en contra de cualquier reclamo en relación con el uso de mis imágenes y nombre con ellas si así lo desea.

Por lo presente garantizo que soy mayor de dieciocho años y que he leído y comprendido el descargo, la autorización y el acuerdo anteriores antes de firmar mi nombre a continuación, y que lo celebro a sabiendas y voluntariamente.

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

Firma del Padre / Tutor (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (en letra de imprenta), por la presente consiento y autorizo irrevocablemente el uso y reproducción de mis imágenes con características físicas des-identificables para fines promocionales de TRAN PLASTIC SURGERY. Dicho uso incluirá, entre otros, la distribución de imágenes a través de medios impresos, visuales y electrónicos en TRAN PLASTIC SURGERY sitio web y sitios de redes sociales, como instagram, Facebook y YouTube, sin compensación para mí.

Por lo presente garantizo que soy mayor de dieciocho años y que he leído y comprendido la exención, autorización y acuerdo anteriores, antes de firmar mi nombre a continuación, y celebrarlo a sabiendas y voluntariamente.

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

Firma del Padre / Tutor (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_