



FORMA DE INGESTA COSMÉTICA

Fecha: _____ Referido por: _____ Género: (seleccione uno) *Female Male*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Country: _____

Telefono de Casa #: (____) _____ - _____ Telefono de Cell #: (____) _____ - _____

Correo Electronico: _____

ESTADO CIVIL : (seleccione uno) *Soltero casado Separado Divorciado viudo* Ocupación: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (*Importante*)

Nombre: [Primero] _____ [Apellido] _____ Tel: _____

Relación al paciente: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Por favor marque los procedimientos que le interesen..

CARA	SENO	CUERPO	PIEL
<input type="checkbox"/> levantamiento facial <input type="checkbox"/> levantamiento de mejillas <input type="checkbox"/> Neck Lift <input type="checkbox"/> levantamiento de Frente <input type="checkbox"/> Levantamiento Facial con Hilo <input type="checkbox"/> Transferencia de grasa facial <input type="checkbox"/> Implantes Faciales <input type="checkbox"/> Feminizacion facial <input type="checkbox"/> Aumentacion Menton <input type="checkbox"/> Remodelación de orejas <input type="checkbox"/> Párpados superiores <input type="checkbox"/> Párpados inferiores <input type="checkbox"/> Rinoplastia <input type="checkbox"/> 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 Implante de Seno <input type="checkbox"/> Capsulectomia 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"/> Aumentación de Glúteos <input type="checkbox"/> Levantamiento de Brazos(Braquioplastia) <input type="checkbox"/> Levantamiento de Muslos <input type="checkbox"/> Transferencia de Grasa Otro: _____	<input type="checkbox"/> Botox Cosmético <input type="checkbox"/> Rellenos Faciales <input type="checkbox"/> Inyecciones de Grasa <input type="checkbox"/> Terapia de Radiofrecuencia <input type="checkbox"/> PRP tratamientos <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento de Manos <input type="checkbox"/> O-shot / P-shot <input type="checkbox"/> Celulitis Otro: _____ <input type="checkbox"/> Queloide Locacion: _____ Otro: _____

Historia Estetica

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

Ha consultado con otros médicos sobre los procedimientos indicados arriba 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 bríndanos la siguiente información:

¿Cuál es su preferencia de tiempo para su procedimiento? Dentro de la próxima: Mes | 3 Meses | 6 Meses | 1 año

¿Su horario de casa o de trabajo permite tal flexibilidad que le permita realizar su cirugía estética con "poca antelación"?

es decir, con 10 a 14 días de anticipación para recibir un descuento en sus tarifas? SI | No

FARMACIA PREFERIDA: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____

Telefono _____

HISTORIA MÉDICA PERSONAL

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH or SIDA |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular(stroke) |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Diagnóstico Psiquiatrico | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Ataques de Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas del Estómago |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Existe una complicación personal o familiar de la anestesia o hipertermia maligna? Si | No

Si es afirmativo, por favor Explique? _____

Historia quirúrgica: Escriba todas las cirugías que haya tenido. N/A

Historia Medica de Familia: Escriba cualquier enfermedad / condición médica conocida. Sin Saber

Medicamentos: Escriba **TODOS** los medicamentos que toma regularmente. Ver lista adjunta N/A

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

Alergia: Escriba cualquier Alergia y reacción.

No se conocen alergias a medicamentos

No se conocen alergias a medicamentos

Alguna vez ha tenido dificultades con?

Anestesia Local Anestesia General N/A

Si afirmativo, cuál fue su reacción:

HISTORIA SOCIAL

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

Si afirmativo,nombre del medicamento: _____

2. ¿Ha usado píldoras de dieta en las últimas (2) semanas? SI | No

Si afirmativo, nombre del medicamento: _____

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

Si afirmativo, nombre del medicamento: _____

4. Alguna vez ha fumado productos de tabaco/hookah/vape? SI | No

Si es asi, # de paquetes por dia: _____ # Anos: _____

Si lo dejastes¿cuándo? _____

5. ¿Usa drogas recreativas? SI | No

Si afirmativo, escriba el tipo: _____

6. Hace Ejercicio? SI | No

Si es asi, con que frecuencia, : _____ Cuanto tiempo: _____

¿Tipo de ejercicio? _____

7. ¿Está enfermo/a con frecuencia? SI | No

Si afirmativo, por favor explique: _____

8. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para la hormona o tiroide ? SI | No

Si afirmativo, por favor explique: _____

9. ¿Ha estado alguna vez bajo el cuidado de un psicólogo o psiquiatra? SI | No

Si afirmativo, por favor explique: _____

10. Entiende que los tratamientos médicos y quirúrgicos no pueden prometer o garantizar un buen resultado(circule uno)

◆ SI ◆ No

11. Entiende que no se puede prevenir todos los riesgos y complicaciones cuando se realiza un procedimiento quirúrgico (circule uno)

◆ SI ◆ No

◆ **Mujer solamente:**

¿Hay antecedentes de cáncer de mama en su familia? ◆ Si ◆ No

Si afirmativo, por favor especifique: _____

¿Tiene una masa mamaria previa, biopsia sospechosa o cáncer? ◆ Si ◆ No

¿Está tratando de quedar embarazada actualmente? ◆ Si ◆ No

¿Tiene antecedentes de problemas ginecológicos? ◆ Si ◆ No

□ **Hombre Solamente:**

¿Alguna vez ha tenido problemas de próstata? □ Si □ No

Si afirmativo, por favor especifique _____

¿Usa drogas para el desempeño sexual como Viagra, Levitra, Cialis, etc.? □ Si □ No

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Medico _____

Fecha _____

Revisado Por _____

Fecha _____



General, Reconstructive, Aesthetic, Plastic and Hand surgery

TUAN ANH TRAN, M.D./M.B.A
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF PLASTIC SURGERY
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF SURGERY

Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA)

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibimos en nuestra organización. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir su información médica. También describimos sus derechos y ciertos deberes que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos exige que:

1. Mantenga su información médica privada.
2. Darle este aviso que describe nuestras obligaciones legales, 3. prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica.
4. Siga los términos del aviso actual.

Nosotros tenemos derecho a:

1. Cambie nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios estén permitidos por la ley.
2. Hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información médica que conservamos, incluida la información creada o recibida previamente antes de los cambios.

Aviso de cambio en las prácticas de privacidad:

1. Si hubiera algún cambio en el futuro a esta política, se le enviará por correo una copia actualizada.

USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

La siguiente sección describe las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, hemos enumerado todas las diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar información médica. No usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún propósito que no se enumere a continuación, sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que proporcione puede ser revocada en cualquier momento escribiéndonos.

PARA TRATAMIENTO: Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que lo estén cuidando. También podemos compartir información médica sobre usted con sus otros proveedores de atención médica para ayudarlos a tratarlo.

PARA PAGO: Podemos usar y divulgar su información médica para fines de pago. Es posible que se le envíe una factura a usted o a un tercero pagador. La información que figura en la factura o que la acompaña puede incluir su información médica.

PARA OPERACIONES SANITARIAS: Podemos usar y divulgar su información médica a nuestras operaciones de atención médica para respaldar las actividades comerciales de nuestra práctica. Podemos utilizar su información médica para revisar y evaluar nuestro tratamiento y servicios o para evaluar el desempeño de nuestro personal mientras lo atiende.

Notificación: Podemos usar y divulgar información médica para notificar o ayudar a notificar: un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención. Compartiremos información sobre su ubicación, estado general o muerte. Si está presente, obtendremos su permiso, si es posible, antes de compartir, o le daremos la oportunidad de rechazar el permiso. En caso de emergencia, y si no puede dar o rechazar el permiso, compartiremos solo la información médica que sea directamente necesaria para su atención médica, de acuerdo con nuestro criterio profesional. También usaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones en su mejor interés acerca de permitir que alguien recoja medicamentos, suministros médicos, radiografías o información médica sobre usted.

USO Y DIVULGACIONES ADICIONALES

Como lo requiere la ley: Podemos usar y divulgar su información médica cuando lo requieran las leyes federales o estatales.

Actividades de la Salud Pública: Según lo requiera la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos, cuando la ley nos autorice a hacerlo, notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otra manera corre el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

Compensación de Trabajadores: Podemos divulgar información médica cuando esté autorizado o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene el derecho de:

1. Mire u obtenga copias de ciertas partes de su información médica. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no sea práctico para nosotros hacerlo. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Si solicita copias, podemos cobrar los costos de copiar, enviar por correo u otros suministros utilizados para cumplir con su solicitud.
2. Recibir una lista de todas las veces que nosotros o nuestros socios comerciales compartimos su información médica con fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica y otras excepciones específicas. Debe solicitarlo por escrito y debe indicar el período de tiempo para la información solicitada. No puede solicitar información para fechas anteriores al 14 de abril de 2003 (la fecha de cumplimiento de la regulación federal) ni para un período de tiempo superior a seis años. Tiene derecho a una lista por año sin cargo. Hay un cargo por listas adicionales dentro del período de 12 meses.
3. Solicite que imponamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. Puede solicitar que no divulguemos información sobre un tratamiento previo a un familiar o amigo que pueda estar involucrado en su atención o en el pago de la atención. Su solicitud debe realizarse por escrito. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).
4. Solicite que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por diferentes medios o en diferentes ubicaciones. Puede solicitar que lo llamemos solo al número de su trabajo o por correo a una dirección especial. Tu solicitud debe ir por escrito.
5. Solicite que cambiemos ciertas partes de su información médica. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que desea cambiar o por otras razones determinadas. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que desea cambiar. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, del cambio e incluir los cambios en cualquier intercambio futuro de esa información.

Quejas: Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito dentro de los 180 días posteriores a la presunta violación. Puede presentar esto directamente con el Oficial de Privacidad c/o Tuan A. Tran, MD 10301 Bolsa Ave suite 101. Westminster CA 92683



General, Reconstructive, Aesthetic, Plastic and Hand surgery

TUAN ANH TRAN, M.D./M.B.A
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF PLASTIC SURGERY
DIPLOMATE AMERICAN BOARD OF SURGERY

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A firmas este formulario usted reconoce haber recibido el aviso de prácticas de privacidad de **Tran Plastic Surgery**

Nuestro **Aviso de prácticas de privacidad** proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida.

Nuestro **Aviso de Prácticas de privacidad** está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado poniéndose en contacto con nuestra oficina al 714 839- 8000.

Ha recibido el **Aviso de prácticas de privacidad**, y lo ha revisado.

Nombre _____
(paciente/padre/conservadora/tutor)

Firma _____

Fecha _____

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

By: _____
Physician's or Authorized 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 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: _____

10301 Bolsa Ave Ste 101
Westminster, CA 92683

Phone 714-839-8000
Fax 714-839-8008

Email graphsurgery@gmail.com
Website www.tranplastic.com