

**FORMULARIO MEDICO AL PACIENTE**
**INFORMACION DEL PACIENTE**

 Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido
Primero
Segundo

Domicilio: \_\_\_\_\_ APT./UNIT/SPACE #: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

CELL #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Casa #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Trabajo#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ □ N/A

 Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro Género:  MUJER  HOMBRE

 ESTADO DE EMPLEO:  TIEMPO COMPLETO  TIEMPO MEDIO  CUENTA PROPIA  RETIRADO  DESEMPLEADO

EMPLEADOR/COMPAÑÍA: NOMBRE: \_\_\_\_\_

REFERIDO POR: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TEL. #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**
**Enumere las personas con las que estamos autorizados a comunicarnos:**

(ejemplos: cónyuge, novio / novia, hijos, amigos, traductor, compañero de cuarto, etc.)

Nombre:	Relacion:	Numero:
_____	_____	(____) ____-____

**INFORMACION DE ASEGURANZA**
 Tarjeta de seguro principal copiada

**COMPAÑÍA DE ASEGURANZA:** \_\_\_\_\_ NUMERO:(\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

 ID DE POLIZA: \_\_\_\_\_ TIPO DE PLAN:  PPO  POS  EPO  HMO  OTRO

HMO/NOMBRE DE GRUPO MÉDICO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

 **TARJETA DE SEGURO SECUNDARIA (SI ES APLICABLE)**
**COMPAÑÍA DE ASEGURANZA:** \_\_\_\_\_ NUMERO:(\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

 ID DE POLIZA: \_\_\_\_\_ TIPO DE PLAN:  PPO  POS  EPO  HMO  OTHER

HMO/NOMBRE DE GRUPO MÉDICO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_

# *Lea detenidamente, ponga sus iniciales, firme y fecha.*

## **Póliza de aseguranza:**

Como cortesía para con usted, enviaremos a la mayoría de las compañías de seguros si nos ha proporcionado los números de póliza, la dirección, el lugar de empleo y cualquier otra información pertinente. El seguro le proporciona el reembolso de los cargos médicos permitidos. Usted es responsable de todos los deducibles, coseguros y cargos que no cubra el seguro. Por favor, comprenda que no podemos, como tercero, involucrarnos en negociaciones de seguros prolongadas, esta es su responsabilidad. Estaremos encantados de proporcionarle un estado de cuenta detallado que puede enviar a su compañía de seguros para el pago.

Por la presente autorizo el pago de los beneficios médicos de mi seguro directamente a Tuan A. Tran, M.D., por cualquier servicio prestado. Entiendo que puedo ser financieramente responsable de los cargos no cubiertos por el seguro..

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

## **Póliza de pago en oficina:**

Es nuestra póliza exigir el pago de todos los cargos de oficina en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos específicamente. Todas las responsabilidades de copago deben pagarse a la llegada / proceso de registro antes de su visita.

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

## **Autorización para divulgar registros médicos:**

Por la presente autorizo a la oficina de Tuan A. Tran, MD, a divulgar cualquier y toda la información con respecto a cualquier enfermedad, lesión (es), historial médico y / o tratamiento y copias de todos los registros médicos cuando lo solicite mi (s) compañía (s) de seguros y / o sus representantes. (Esto es necesario para procesos tales como solicitudes de autorización, precertificación, facturación y exhibición de prueba de necesidad médica para los servicios solicitados.)

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

## **Consentimiento para el examen**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo, Tuan A. Tran, M.D., a realizar una consulta, (escriba su nombre)

pruebas de diagnóstico y / o inyecciones, procedimientos según sea necesario para tratar mi afección.

**Paciente/firma del tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Información de salud del paciente

(Por Favor llene todo el formulario )

¿Cuál es la razón por la visita?: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo has tenido este problema? : \_\_\_\_\_  Días  Semanas  Meses  Años  No estoy seguro/a

¿Le han hecho pruebas para este problema?  Si o  No Si es así, donde / cuando? \_\_\_\_\_

**Farmacia preferida (requerido):**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Numero: ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas Peso: \_\_\_\_\_ lbs

**Medicamentos:** Enumere todos los medicamentos que toma regularmente .

Ver lista adjunta  N/A

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Alergias:** Enumere las alergias y reacciones.  No se conocen alergias a medicamentos

¿Alguna vez ha tenido dificultades con?  Anestesia local  Anestesia General  N/A

Si es así, ¿cuál fue tu reacción?: \_\_\_\_\_

**Enfermedades:** (  por "SI" o "NO" )

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Problemas del corazón	_____	_____
Enfermedad pulmonar	_____	_____
Enfermedad del riñón	_____	_____
Problemas tiroideos	_____	_____
Problemas de sangrado	_____	_____
Asma	_____	_____
Cancer	_____	_____

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Colesterol alto	_____	_____
Hipertensión	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Epilepsia	_____	_____
Problemas gastrointestinales	_____	_____
Apnea del sueño	_____	_____
Ronquidos	_____	_____
Otras condiciones médicas	_____	_____

Si la respuesta es "sí", indique el tipo (ubicación):

\_\_\_\_\_

Especifica: \_\_\_\_\_

**Doctor Primario:** \_\_\_\_\_

**Cardiologo:** \_\_\_\_\_

**Historia de cirugías:** Describa todas las cirugías que haya tenido:  N/A

\_\_\_\_\_

**Historia Medica Familiar:** Describa cualquier enfermedad o condición médica:

N/A

\_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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

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

## HISTORIA SOCIAL

1. Usa aspirina o medicamentos que contiene aspirina? (i.e. Coumadin, Heparin, Aspirina o Ibuprofeno)  SI |  No

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

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

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

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

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

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

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

Si lo dejaste ¿cuando? \_\_\_\_\_

5. Usa drogas recreativas?  SI |  No

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

6. Hace ejercicio?  SI |  No

Si es así, con que frecuencia: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

¿Tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

7. ¿Está enfermo o enfermo con frecuencia?  SI |  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha tomado medicamentos para la tiroides o para las hormonas?  SI |  No

En caso afirmativo, explique:: \_\_\_\_\_

9. Ha estado en el cuidado médico de un psicólogo o psiquiatra?

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_  SI |  No

10. ¿Entiende que los tratamientos médicos y quirúrgicos no pueden prometer ni garantizar un buen resultado?

◆ SI ◆ No

11. ¿Entiende que los tratamientos médicos y quirúrgicos no pueden prometer ni garantizar un buen resultado?

◆ SI ◆ No

◆ Solo Mujeres:

Hay antecedentes de cáncer en la familia? ◆ Si ◆ No Si es asi 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

□ Solo Hombres:

Alguna vez ha tenido problemas de próstata? □ SI □ No

Si es asi, por favor especifique: \_\_\_\_\_

Usas drogas para el desempeño sexual , similar a Viagra, Levitra, Cialis, etc.? □ SI □ No

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Medico: \_\_\_\_\_

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

Revisado por: \_\_\_\_\_

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



## **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, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica.
3. Siga los términos del aviso actual.

#### **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 a las prácticas de privacidad:**

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 enumerará 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 su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que lo atienden. 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 con 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 DE ATENCIÓN MÉDICA:** 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 fallecimiento. 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 de salud 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.

## **USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES**

**Según lo requiera la ley:** Podemos usar y divulgar su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

**Actividades de 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 al trabajador:** Podemos divulgar información médica cuando esté autorizado o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación al trabajador u otros programas similares.

## **SUS DERECHOS INDIVIDUALES**

### **Tiene derecho a:**

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 impongamos 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 el caso de una emergencia).
4. Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por diferentes medios o para diferentes ubicaciones. Puede solicitar que lo llamemos solo al número de su trabajo o por correo a una dirección especial. Tu La solicitud debe ser por escrito.
5. Solicitar que cambiemos ciertas partes de su información médica. Podemos denegar su solicitud si lo hicimos No cree la información que desea cambiar o por otras razones determinadas. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos explicación escrita. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que quería cambiar. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, haremos los esfuerzos razonables para informar a los demás, incluyendo a las personas que usted nombre, del cambio y para incluir los cambios en cualquier intercambio futuro de esa información.

**Quejas:** Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja por escrito dentro 180 días de la presunta infracción. Usted puede presenta su queja directamente con el oficial de privacidad % Tuan A. Tran, MD 10301 Bolsa Ave suite 101. Westminster CA 92683

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



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**

**Al firmar este formulario, 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 comunicándose con nuestra Oficina al 714 839-8000.

Recibí el **Aviso de prácticas de privacidad** y lo revisé.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(paciente / tutor / responsable)

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 arbitrators 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 filed in Patient's medical records.



**Medical Records Release Form**

(Print name and sign if we need to request records at any given time for any reason regarding your care.)

I, \_\_\_\_\_, provide my consent for the following medical records to be released  
(print name)

to Dr. Tuan A. Tran's office. Please immediately fax these records to (714) 839-8008.

Patient DOB: \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_

---

**(Office use only)**

Requesting:

- All medical records
- Radiology records (ex: reports/films/CD)
- Lab tests (ex: blood work/pathology)
- Hospital/Surgical records (ex: operative report)
- Clinical notes (ex: EKG, progress note, EMG report; Psychiatrist note)
- Clearance note (ex: Medical/ Cardiac Clearance; Psychiatrist clearance)
- Other: \_\_\_\_\_

Requested by: \_\_\_\_\_ 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*

## **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](mailto:graphsurgery@gmail.com)  
Website [www.tranplastic.com](http://www.tranplastic.com)