



**MẪU ĐƠN BỆNH NHÂN THẨM MỸ**

Ngày: \_\_\_\_\_ Được giới thiệu bởi: \_\_\_\_\_ Giới tính: (circle one) Nữ Nam

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_

Home Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail Address: \_\_\_\_\_

Tình trạng hôn nhân: (circle one) *Độc thân* *Kết hôn* *Ly dị* *Quà phụ* Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

**LIÊN HỆ KHẨN CẤP**

Tên: [First] \_\_\_\_\_ [Last] \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

**THÔNG TIN THỦ TỤC**

Vui lòng đánh X (các) thủ tục mà bạn quan tâm.

MẶT	NGỰC	CƠ THỂ	DA
<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"/> đon. 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"/> Mở rộng dương vật <input type="checkbox"/> Phẫu thuật vú nam 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"/> Chât béo chuyển giao  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"/> Ung thư da <input type="checkbox"/> Sẹo lồi Location: _____ Other: _____

---

## Lịch sử thẩm mỹ

Vui lòng mô tả lý do tại sao bạn quan tâm đến việc có (các) thủ tục được liệt kê ở trên: \_\_\_\_\_

Bạn đã tham khảo ý kiến của các bác sĩ khác về (các) thủ tục được chỉ định ở trên?  Yes |  No

Thủ tục này có phải là một sửa đổi từ một phẫu thuật trước đó?  Yes |  No

Nếu có, có bao nhiêu ca phẫu thuật trước đó? \_\_\_\_\_

### NGHI VẤN LẬP KẾ HOẠCH PHẪU THUẬT

**Đề giúp chúng tôi hiểu nhu cầu cụ thể của bạn và sở thích thời gian cho phẫu thuật của bạn, vui lòng cung cấp cho chúng tôi thông tin sau:**

Ưu tiên thời gian của bạn cho thủ tục của bạn là gì? Trong thời gian:  Month |  3 Months |  6 Months |  1 Year

Lịch trình làm việc của bạn có cho phép linh hoạt như vậy không, theo đó bạn có thể phẫu thuật thẩm mỹ của mình “short notice”,  
i.e. Thông báo trước 10-14 ngày để được giảm phí?  Yes |  No

**NHÀ THUỐC ƯA THÍCH:** \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

---

**LỊCH SỬ Y TẾ CÁ NHÂN**

Bạn có bất kỳ vấn đề y tế mãn tính nào không? [Điền vào hộp cho những áp dụng]

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <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"/> nhồi máu cơ tim      |
| <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"/> Đau tim      | <input type="checkbox"/> Bệnh gan           | <input type="checkbox"/> Các vấn đề về 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 có các biến chứng gây mê hoặc tăng thân nhiệt?  Yes |  No

Nếu có, xin vui lòng giải thích? \_\_\_\_\_

**Lịch sử phẫu thuật:** Liệt kê tất cả các ca phẫu thuật bạn đã trải qua.  N/A

**Tiền sử y tế gia đình:** Liệt kê bất kỳ bệnh / tình trạng y tế nào đã biết.  Không biết

**Thuốc men:** Liệt kê TẤT CẢ các loại thuốc được dùng thường xuyên.  Xem danh sách đính kèm  N/A

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

**Dị ứng:** Liệt kê bất kỳ dị ứng và phản ứng nào.  No known drug allergies

Không có dị ứng thuốc được biết đến

Bạn đã bao giờ gặp khó khăn với?

Gây tê cục bộ  Gây mê toàn thân  N/A

Nếu có, phản ứng là gì: \_\_\_\_\_

## LỊCH SỬ XÃ HỘI

1. Bạn có sử dụng chất làm loãng máu không? (i.e. Coumadin, Heparin, Aspirin or Ibuprofen)  Yes |  No  
Nếu có, tên thuốc: \_\_\_\_\_
2. Bạn đã sử dụng thuốc giảm cân trong hai (2) tuần qua chưa?  Yes |  No  
Nếu có, tên thuốc: \_\_\_\_\_
3. Bạn đã dùng Steroid / Accutane trong năm qua?  Yes |  No  
Nếu có, tên thuốc: \_\_\_\_\_
4. Bạn đã bao giờ hút thuốc lá / hookah / vape sản phẩm?  Yes |  No  
Nếu có, # gói mỗi ngày: \_\_\_\_\_ # của nhiều năm: \_\_\_\_\_  
Nếu bạn bỏ thuốc, khi? \_\_\_\_\_
5. Bạn có sử dụng thuốc giải trí?  Yes |  No  
Nếu có, loại danh sách: \_\_\_\_\_
6. Bạn có tập thể dục không?  Yes |  No  
Nếu có, bao nhiêu lần: \_\_\_\_\_ Bao lâu: \_\_\_\_\_  
Loại bài tập? \_\_\_\_\_
7. Bạn có thường xuyên bị ốm hoặc bị bệnh?  Yes |  No  
Nếu có, xin vui lòng giải thích: \_\_\_\_\_
8. Bạn đã bao giờ dùng hormone hoặc thuốc tuyến giáp?  Yes |  No  
Nếu có, xin vui lòng giải thích: \_\_\_\_\_
9. Bạn đã bao giờ được chăm sóc bởi một nhà tâm lý học hoặc bác sĩ tâm thần?  Yes |  No  
Nếu có, xin vui lòng giải thích: \_\_\_\_\_
10. Bạn có hiểu rằng phương pháp điều trị y tế và phẫu thuật không thể hứa hẹn hoặc đảm bảo một kết quả tốt?  
◆ Yes ◆ No
11. Bạn có hiểu rằng tất cả các rủi ro và biến chứng không thể được ngăn ngừa khi một thủ tục phẫu thuật được thực hiện?  
◆ Yes ◆ No

♦ **Chỉ phụ nữ:**

Có tiền sử ung thư vú trong gia đình bạn không? ♦ Yes ♦ No Nếu có, vui lòng chỉ định \_\_\_\_\_

Bạn có khối u vú trước đó, sinh thiết đáng ngờ hoặc ung thư không? ♦ Yes ♦ No

Bạn đang hoặc đang cố gắng mang thai? ♦ Yes ♦ No

Bạn có tiền sử các vấn đề phụ khoa? ♦ Yes ♦ No

♦ **Chỉ dành cho đàn ông:**

Bạn đã bao giờ có tuyến tiền liệt? ♦ Yes ♦ No  
Nếu có, vui lòng chỉ định \_\_\_\_\_

Bạn có sử dụng các loại thuốc hiệu suất tình dục như Viagra, Levitra, ♦ Yes ♦ No

Chữ ký của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của bác sĩ: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Được xem xét bởi: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

---

## Thông báo về thực hành quyền riêng tư (HIPAA)

Sự riêng tư của thông tin y tế của bạn rất quan trọng đối với chúng tôi. Chúng tôi hiểu rằng thông tin y tế của bạn là cá nhân và chúng tôi cam kết bảo vệ nó. Chúng tôi tạo hồ sơ về dịch vụ chăm sóc và dịch vụ bạn nhận được tại tổ chức của chúng tôi. Chúng tôi cần hồ sơ này để cung cấp cho bạn dịch vụ chăm sóc chất lượng và tuân thủ các yêu cầu pháp lý nhất định. Thông báo này sẽ cho bạn biết về cách chúng tôi có thể sử dụng và chia sẻ thông tin y tế về bạn. Chúng tôi cũng mô tả các quyền và một số nghĩa vụ nhất định của bạn mà chúng tôi có liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế.

### **NGHĨA VỤ PHÁP LÝ CỦA CHÚNG TÔI**

#### **Luật pháp yêu cầu chúng ta phải:**

1. Giữ kín thông tin y tế của bạn.
2. Cung cấp cho bạn thông báo này mô tả các nghĩa vụ pháp lý, thực hành quyền riêng tư và quyền của bạn liên quan đến thông tin y tế của bạn.
3. Làm theo các điều khoản của thông báo hiện tại.

#### **Chúng ta có quyền:**

1. Thay đổi thực tiễn bảo mật của chúng tôi và các điều khoản của thông báo này bất cứ lúc nào, miễn là những thay đổi được pháp luật cho phép.
2. Thực hiện các thay đổi trong thực tiễn bảo mật của chúng tôi và các điều khoản mới của thông báo của chúng tôi có hiệu lực đối với tất cả thông tin y tế mà chúng tôi lưu giữ, bao gồm thông tin đã được tạo hoặc nhận trước khi thay đổi.

#### **Thông báo thay đổi thực tiễn quyền riêng tư:**

1. Nếu có bất kỳ thay đổi nào trong tương lai đối với chính sách này, một bản sao cập nhật sẽ được gửi đến bạn.

### **SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ CỦA BẠN**

Phần sau đây mô tả các cách khác nhau mà chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế. Không phải mọi cách sử dụng hoặc tiết lộ sẽ được liệt kê. Tuy nhiên, chúng tôi đã liệt kê tất cả các cách khác nhau mà chúng tôi được phép sử dụng và tiết lộ thông tin y tế. Chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của bạn cho bất kỳ mục đích nào không được liệt kê dưới đây, mà không có sự cho phép bằng văn bản cụ thể của bạn. Bất kỳ giấy ủy quyền cụ thể nào bạn cung cấp có thể bị thu hồi bất cứ lúc nào bằng cách viết thư cho chúng tôi.

**ĐỂ ĐIỀU TRỊ:** Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế về bạn để cung cấp cho bạn điều trị y tế hoặc dịch vụ. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về bạn cho bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, sinh viên y khoa hoặc những người khác đang chăm sóc bạn. Chúng tôi cũng có thể chia sẻ thông tin y tế về bạn cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của bạn để hỗ trợ họ điều trị cho bạn..

**ĐỂ THANH TOÁN:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của bạn cho mục đích thanh toán. Hóa đơn có thể được gửi cho bạn hoặc người thanh toán bên thứ ba. Thông tin về hoặc đi kèm với hóa đơn có thể bao gồm thông tin y tế của bạn.

**ĐỐI VỚI CÁC HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của bạn cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe của chúng tôi để hỗ trợ các hoạt động kinh doanh của chúng tôi. Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế về bạn để xem xét và đánh giá việc điều trị và dịch vụ của chúng tôi hoặc để đánh giá hiệu suất của nhân viên của chúng tôi trong khi chăm sóc bạn.

**THÔNG BÁO:** Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế để thông báo hoặc giúp thông báo: một thành viên gia đình, đại diện cá nhân của bạn hoặc người khác chịu trách nhiệm chăm sóc của bạn. Chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin về vị trí, tình trạng chung hoặc tử vong của bạn. Nếu bạn có mặt, chúng tôi sẽ nhận được sự cho phép của bạn nếu có thể trước khi chúng tôi chia sẻ hoặc cho bạn cơ hội từ chối cho phép. Trong trường hợp khẩn cấp, và nếu bạn không thể cho phép hoặc từ chối cho phép, chúng tôi sẽ chỉ chia sẻ thông tin sức khỏe cần thiết trực tiếp cho việc chăm sóc sức khỏe của bạn, theo đánh giá chuyên môn của chúng tôi. Chúng tôi cũng sẽ sử dụng phán quyết chuyên nghiệp của chúng tôi để đưa ra quyết định vì lợi ích tốt nhất của bạn về việc cho phép ai đó lấy thuốc, vật tư y tế, X-quang hoặc thông tin y tế về bạn.

## SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ BỔ SUNG

Theo yêu cầu của pháp luật. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của bạn khi luật liên bang, tiểu bang hoặc địa phương yêu cầu.

**Các hoạt động y tế công cộng:** Theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của bạn cho y tế công cộng hoặc các cơ quan pháp lý chịu trách nhiệm ngăn ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, thương tích hoặc khuyết tật. Chúng tôi cũng có thể, khi chúng tôi được pháp luật cho phép làm như vậy, thông báo cho một người có thể đã tiếp xúc với một căn bệnh truyền nhiễm hoặc nếu không có nguy cơ mắc bệnh hoặc lây lan một căn bệnh hoặc tình trạng.

**Bồi thường cho người lao động:** Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe khi được ủy quyền hoặc cần thiết để tuân thủ luật pháp liên quan đến bồi thường cho người lao động hoặc các chương trình tương tự khác.

### QUYỀN CÁ NHÂN CỦA BẠN

**Bạn có quyền:**

1. Xem hoặc nhận bản sao của một số phần thông tin y tế của bạn. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi cung cấp các bản sao ở định dạng khác ngoài bản sao. Chúng tôi sẽ sử dụng định dạng bạn yêu cầu trừ khi chúng tôi không thực tế để làm như vậy. Bạn phải thực hiện yêu cầu của bạn bằng văn bản. Nếu bạn yêu cầu bản sao, chúng tôi có thể tính phí cho bạn về chi phí sao chép, gửi thư hoặc các vật tư khác được sử dụng để thực hiện yêu cầu của bạn.
2. Nhận danh sách tất cả các lần chúng tôi hoặc các đối tác kinh doanh của chúng tôi chia sẻ thông tin y tế của bạn cho các mục đích khác ngoài điều trị, thanh toán và các hoạt động chăm sóc sức khỏe và các trường hợp ngoại lệ được chỉ định khác. Bạn phải yêu cầu bằng văn bản và phải nêu rõ khoảng thời gian cho thông tin được yêu cầu. Bạn không được yêu cầu thông tin cho bất kỳ ngày nào trước ngày 14 tháng 4 năm 2003 (ngày tuân thủ quy định liên bang) cũng như trong một khoảng thời gian lớn hơn sáu năm. Bạn có quyền có một danh sách mỗi năm mà không tính phí. Có một khoản phí cho các danh sách bổ sung trong khoảng thời gian 12 tháng.
3. Yêu cầu chúng tôi đặt ra các hạn chế bổ sung đối với việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế của bạn. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi không tiết lộ thông tin về việc điều trị trước cho một thành viên gia đình hoặc bạn bè có thể tham gia vào việc chăm sóc hoặc thanh toán chăm sóc của bạn. Yêu cầu của bạn phải được thực hiện bằng văn bản. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với những hạn chế bổ sung này, nhưng nếu chúng tôi làm như vậy, chúng tôi sẽ tuân thủ thỏa thuận của chúng tôi (ngoại trừ trong trường hợp khẩn cấp).
4. Yêu cầu chúng tôi liên lạc với bạn về thông tin y tế của bạn bằng các phương tiện khác nhau hoặc đến các địa điểm khác nhau. Bạn có thể yêu cầu chúng tôi chỉ gọi cho bạn theo số làm việc của bạn hoặc qua thư tại một địa chỉ đặc biệt. Yêu cầu của bạn phải bằng văn bản.

Yêu cầu chúng tôi thay đổi một số phần thông tin y tế của bạn. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của bạn nếu chúng tôi không tạo thông tin bạn muốn thay đổi hoặc vì một số lý do khác. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của bạn, chúng tôi sẽ cung cấp lời giải thích bằng văn bản. Bạn có thể trả lời bằng một tuyên bố bất đồng sẽ được thêm vào thông tin bạn muốn thay đổi. Nếu chúng tôi chấp nhận yêu cầu của bạn để thay đổi thông tin, chúng tôi sẽ nỗ lực hợp lý để nói với những người khác, bao gồm cả những người bạn đặt tên, về sự thay đổi và bao gồm những thay đổi trong bất kỳ chia sẻ thông tin đó trong tương lai.

**Than phiền:** Nếu bạn tin rằng chúng tôi có thể đã vi phạm quyền riêng tư của bạn, bạn có thể nộp đơn khiếu nại bằng văn bản trong vòng 180 ngày kể từ ngày bị nghi ngờ vi phạm. Bạn có thể nộp hồ sơ này trực tiếp với Nhân viên bảo mật c/o Tuấn A. Trần, MD 10301 Bolsa Ave suite 101. Westminster CA 92683

**Tên viết tắt:** \_\_\_\_\_

### XÁC NHẬN THỰC TIỄN BẢO MẬT

**Bằng cách ký vào mẫu đơn này, bạn thừa nhận nhận được Thông báo thực hành quyền riêng tư của Tran Plastic Surgery**

Thông báo về thực hành quyền riêng tư của chúng tôi cung cấp thông tin về cách chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của bạn.

Thông báo về thực tiễn quyền riêng tư của chúng tôi có thể thay đổi. Nếu chúng tôi thay đổi thông báo của chúng tôi, bạn có thể nhận được một bản sao của thông báo sửa đổi bằng cách liên hệ với Văn phòng của chúng tôi theo số 714 839-8000.

Tôi đã nhận được Thông báo về thực hành quyền riêng tư và tôi đã xem xét nó.

Vui lòng In Tên: \_\_\_\_\_  
(bệnh nhân/người giám hộ/bên có trách nhiệm)

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_



## 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 files 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: \_\_\_\_\_

## PHOTOGRAPHIC CONSENT AND RELEASE FORM

(ĐỒNG Ý VÀ PHÁT HÀNH ẢNH)

Tôi, \_\_\_\_\_ (vui lòng in ten), cấp phép cho TRAN PLASTIC SURGERY và các chi nhánh, hoặc bất kỳ ai được bất kỳ ai trong số họ ủy quyền, quyền không thể hủy bỏ và không hạn chế để chụp và tái tạo các bức ảnh và / hoặc hình ảnh video được chụp của tôi với mục đích thông báo cho ngành y tế và công chúng về phẫu thuật thẩm mỹ và các thủ tục và kỹ thuật phẫu thuật thẩm mỹ mà không bồi thường cho tôi. Hình ảnh (bao gồm bất kỳ âm bản hình ảnh nào) sẽ là tài sản duy nhất của Tran Plastic Surgery. Tôi do đó phát hành, giải phóng và đồng ý Tran Plastic Surgery vô hại và các chi nhánh của nó và đại diện tương ứng của họ, chỉ định, nhân viên và bất kỳ người nào hành động theo sự cho phép hoặc thẩm quyền của họ, từ và chống lại bất kỳ khiếu nại nào liên quan đến việc sử dụng Hình ảnh và tên của tôi nếu nó chọn như vậy..

Tôi đảm bảo rằng tôi trên mười tám tuổi và tôi đã đọc và hiểu việc phát hành, ủy quyền và thỏa thuận nói trên, trước khi ký tên tôi dưới đây, và nhập vào nó một cách cố ý và tự nguyện..

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký cha mẹ/người giám hộ (nếu dưới 18 tuổi): \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tôi, \_\_\_\_\_ (vui lòng in ten), do đó không thể hủy bỏ sự đồng ý và cho phép sử dụng và sao chép hình ảnh của tôi mà không xác định các tính năng vật lý cho mục đích quảng cáo của TRAN PLASTIC SURGERY. Việc sử dụng như vậy sẽ bao gồm, nhưng không giới hạn, phân phối hình ảnh thông qua phương tiện in ấn, hình ảnh và điện tử trên TRAN PLASTIC SURGERY website and social media sites, Như Instagram, Facebook, và YouTube, mà không bồi thường cho tôi.

Tôi đảm bảo rằng tôi trên mười tám tuổi và tôi đã đọc và hiểu việc phát hành, ủy quyền và thỏa thuận nói trên, trước khi ký tên tôi dưới đây, và nhập vào nó một cách cố ý và tự nguyện..

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký cha mẹ/người giám hộ (nếu dưới 18 tuổi): \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_