

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: _____

Nombre Legal del Paciente: _____ Apodo: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Seguro Social #: ___ - ___ - ___ Estatura: ___' ___" Peso: ___ lbs

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: S/ C/ D/ V Idioma Principal: _____

Dirección: _____
Calle y # de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Teléfono	Privacidad	Contacto de Emergencia,	¿Podemos discutir su caso?
Casa: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Nombre: _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trabajo: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Relación: _____	
Celular: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Celular: (____) _____ - _____	
Fax: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	Casa: (____) _____ - _____	

Correo Electrónico _____ **Medio de Contacto Preferido** _____

¿Le podríamos enviar correspondencia a su correo electrónico? (promociones, especiales, recordatorio de citas) Sí No

Ocupación / Compañía o Escuela: _____ / _____

<input type="checkbox"/> Empleado a Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Empleado a Medio Tiempo
<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Estudiante a Medio Tiempo
<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Otro

Díganos, ¿en qué procedimientos está usted interesado(a)? _____

¿A quién deberíamos agradecer por referirlo(a) a usted? Paciente Médico Internet Otro

Nombre: _____

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR LA CUENTA – Si es alguien diferente al paciente:

Nombre Legal: _____ Relación: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Seguro Social #: ___ - ___ - ___ Lic. de Conducir #/Estado: _____/_____
/

Sexo: Masculino Femenino Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección: _____
Calle y # de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

INFORMACION DE FARMACIA

Nombre de Farmacia: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

MÉDICO PRIMARIO

Nombre: _____ Teléfono #: _____

HISTORIAL DE SALUD

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Nombre _____ Edad _____ Fecha de Hoy _____

Motivo De Su Visita _____

Estatura: __' __" Peso: _____ lbs. ¿Cuánto es lo más que ha pesado?: _____ lbs BMI _____

HISTORIAL MÉDICO

Por favor marque si usted tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones a continuación: Ninguna

Cardiovascular

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma / Bronquitis | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Depresión | / Enterococo resistente a Vancomicina |
| <input type="checkbox"/> Angina / Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica / Enfisema | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda / Coágulos de Sangre / Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Pulmonía | <input type="checkbox"/> Neurológico | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio | <input type="checkbox"/> Endocrinológico |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Piel / Esqueletal | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Piel | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral / Ataque Isquémico | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Transitorio | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Trastornos del Riñón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Válvula Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Incapacidad / |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso / Prótesis Endovascular "Stent" | <input type="checkbox"/> Úlceras Pépticas | <input type="checkbox"/> Alcohol / Dependencia a Drogas | <input type="checkbox"/> Inmunológico / Infección | <input type="checkbox"/> Discapacidad / |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Reumática del Corazón | <input type="checkbox"/> Sangre | <input type="checkbox"/> Anorexia / Bulimia | <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Trastornos de la Coagulación | | <input type="checkbox"/> Herpes / Herpes Labial | <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Trastorno Inmunológico | |
| | | | <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus resistente a la Meticilina | |

¿Está siendo usted tratado(a) por alguna condición o enfermedad en este momento? Sí No. (Si afirma, por favor, explique:)

Fecha de su último examen físico _____ Resultado _____

¿Ha tenido alguna **CIRUGÍA**? Sí No Si afirma, por favor enumere:

¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido algún problema con anestesia? Sí No Si afirma, por favor explique:

¿Ha sido diagnosticado(a) con un trastorno del sueño o apnea del sueño? Sí No

¿Utiliza usted una máquina "C-PAP" para su trastorno del sueño? Sí No

¿Tiene alguna **ALERGIA** a algún **MEDICAMENTO**? Sí No. Si afirma, por favor escriba el nombre del medicamento y la reacción.

HISTORIA FAMILIAR (Solamente mencione parientes consanguíneos.) Ninguno

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	
<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Cáncer / Tipo	
<input type="checkbox"/> Otro			

ESCRIBA TODOS LOS **MEDICAMENTOS** QUE ESTA TOMANDO (NOMBRE Y DOSIS): No Medicamentos

	<input type="checkbox"/> Control de Peso	<input type="checkbox"/> Estrógeno/ Hormonas
	<input type="checkbox"/> "Accutane" (en el pasado año)	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
	<input type="checkbox"/> Antibióticos	<input type="checkbox"/> Antidepresivos
	<input type="checkbox"/> Aspirina/ Anti-inflamatorios no-esteroides	<input type="checkbox"/> Esteroides
	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Vitaminas/ Suplementos
	<input type="checkbox"/> Anticonceptivo (pastillas, DIU, parche, etc.)	<input type="checkbox"/> Herbales/ Homeopáticos

HISTORIAL DE SALUD

(Toda la información es estrictamente confidencial)

¿Está usando o alguna vez ha usado drogas ilícitas? Sí No ¿Qué tipo? _____

Por favor, proporcione más detalles: _____

Uso de Nicotina (Cigarro, pipa, parche, chicle, etc) Sí No Hice cuánto dejó de fumar? _____ ¿Cuánto _____ # al día

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí No Socialmente Ocasionalmente Moderadamente

♀ SALUD DE LA MUJER N/A

Embarazos: _____ Nacidos Vivos: _____ Abortos Espontáneos: _____ Abortos Inducidos: _____

Fecha de Última Menstruación: _____ ¿Está embarazada? Sí No

Fecha de Ultimo Mamografía: _____ Resultados: _____

Talla Actual de Sostén: _____ ¿Alguna vez ha tenido alguna biopsia de los senos? Sí No Fecha _____ Cáncer de Seno: Sí No

REVISION DE SISTEMAS Por favor circule a continuación los síntomas que haya tenido recientemente. Ningún Síntoma

General: Fatiga. Fiebre. Escalofríos. Sudores. Alteración del sueño. Aumento o pérdida de peso reciente.

Ojos, Oídos, Nariz, y Garganta: Ceguera. Visión borrosa. Cataratas. Lentes de contacto. Visión doble. Ojos secos / Irritados. Dolor en ojo. Lagrimeo excesivo. Ojos rojos. Sensibilidad a la luz. Cambios en la visión. Secreción de los oídos. Dificultad al respirar por la nariz. Mareo. Pérdida de la audición. Zumbido en los oídos. Congestión nasal. Sangrados de nariz. Pérdida del olfato. Golpes de nariz. Sinusitis. Úlcera/Llaga. Dientes recubiertos. Dientes flojos. Dolor de dientes. Problemas dentales. Dentaduras. Dificultad para tragar. Voz Ronca. Ronquido al dormir.

Cardiovascular: Dolor de pecho. Insuficiencia cardíaca congestiva. Arritmia o latidos irregulares. Ataque al corazón. Presión arterial baja. Prolapso de válvula mitral/ Necesidad de antibióticos para procedimientos dentales. Hinchazón de pies. Palpitos/ Latidos saltados. Mala circulación. Fiebre reumática. Venas varicosas.

Respiratorio: Bronquitis. Tos con sangre. Falta de aliento. Pulmonía. Tos reciente. Sibilancias (pitidos). Tuberculosis.

Gastrointestinal: Abdomen hinchado. Vómitos con sangre/ Sangre en heces fecales. Cambio en apetito. Cambio en hábitos intestinales. Colitis de Chron. Estreñimiento. Diarrea. Hemorroides/ Sangrado rectal. Gastritis/ Reflujo. Hepatitis/ Ictericia. Síndrome de intestino irritable. Náusea/ Vómitos. Úlceras pépticas. Colitis Ulcerativa.

Genitourinario: Infección del tracto urinario. Sangre en la orina/ Dificultad al orinar/ Orina frecuentemente/ Dolor al orinar/ Incontinencia urinaria. Enfermedad de transmisión sexual. Infección vaginal.

Musculoesqueletal: Artritis. Dificultad al caminar. Dolor en las extremidades. Heridas. Dolor en las articulaciones. Calambres en las piernas. Lupus Eritematoso. Artritis reumatoide. Debilidad muscular inusual. Hinchazón.

Neurológico: Mareos/ Desmayos. Adormecimiento. Migrañas/ Dolores de cabeza. Convulsiones/ Epilepsia. Pérdida del conocimiento. Ataque cerebral. Debilidad/ Pérdida del balance.

Psiquiátrico: Alcoholismo. Ansiedad. Depresión. Abuso de drogas. Problemas financieros o conyugales. Esquizofrenia.

Hemato/ Inmunológico: Sangrado de las encías. Coágulos/ Trastorno de la coagulación. Transfusión de sangre. Fácil aparición de moretones. Complicaciones por VIH. Staphylococcus aureus resistente a la Metecilina/ Enterococo resistente a Vancomicina. Anemia de células falciformes. Inflamación de los ganglios linfáticos.

Endocrino/ Hormonal: Trastorno adrenal o de tiroides. Niveles inestables de glucosa en sangre. Neuropatía. Uso de esteroides.

Piel: Acné. Daño por quemadura. Dificultad para la curación de heridas. Cicatrización excesiva o insatisfactoria. Comezón/ Ronchas. Lunares que han cambiado en apariencia. Cáncer de la piel. Erupción inexplicada / inflamación.

Senos: Mamografía anormal. Secreción con sangre. Masa o tumor benigno. Cáncer. Secreción clara. Secreción de leche. Senos fibroquísticos. Dolor. Reducción. Implantes de solución salina. Implantes de gel de silicona.

Al mejor de mi conocimiento, esta información es completa y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si ocurre un cambio en mi salud o en la salud de mi hijo menor de edad.

X _____
 Firma del paciente, padre, tutor o representante Fecha Hora

X _____
 Nombre del paciente, padre, tutor o representante Fecha Hora

Revisado por (Personal de Clínica, si aplica) Fecha Hora

Revisado por (Personal Pre-Operatorio) Fecha Hora

COCCO CLINIQUE MD, PA

FINANCIAL POLICY

Thank you for choosing our Plastic Surgery Practice. We are committed to providing you the best care possible. Please understand that all encounters or treatments will incur a financial charge. By signing below, you agree to adhere to our financial policies:

1. This is a fee for service practice at the time of services.
2. You will be responsible for payment of:
 - Charges incurred for Cosmetic or Non-Cosmetic services
 - Outside Exams such as Pathology, Labs, Imaging, or Cardiac Evaluation, Etc.
 - Prescriptions purchased at Pharmacy
3. Each office visit can be reserved with a *Credit/Debit card*, we will charge a \$100.00 missed appointment fee, we request that you give us one business day notice for cancellation or re-scheduling of an appointment, otherwise a \$100.00 fee will be charged. A fee of \$250.00 will be charged for "No Shows" or cancellations on scheduled In-Office Procedures without a 48-hour notice.
4. Patient requests to speak to Dr. Cocco for any Non-Emergency issue are subject to a \$75.00 charge per call.
5. We accept cash and most types of credit cards. Personal checks are accepted in established accounts only. A \$35.00 *bounced-check fee* will be applied to your account for a returned check. Dr. Cocco does not fill extended work absence packets short or long -term disability, FMLA, and extended insurance forms.
6. If you purchase skin-care products, make-up or other medical supplies from our office, please understand that these are non-refundable items. In the event the product is defective or expired, we will gladly credit your Cocco Clinique account.
7. All surgery fees are due 10 business days prior to completion or immediately at the time of service. A Non-Refundable/Transferable \$500.00 *Booking fee* is required in order to secure a surgery. Payment plans have a maximum term of 12 months, Payment in full is required to proceed with surgery and all fees are non-refundable once services have been provided. A *Surgery cancellation* fee of \$1000.00 will be charged if cancellation notice is not given 7 days before your scheduled procedure. Payments made via credit card for surgery may be refunded minus 6% for processing charges. Services rendered that are paid with a credit card, data card, or third-party financing are NOT eligible for payment challenges after services are provided.

Initials _____

CONSENT FOR IRREVOCABLE NON-ASSIGNMENT

I hereby understand and consent for Dr. Jennyfer F. Cocco M.D. to provide care for me, as explained to me in additional informed consent documents. I understand the procedure(s) I seek are cosmetic in nature, not medically necessary, and therefore would be fraudulent and unethical to submit a fee to any insurance company for coverage. I have been explained and shown the financial costs of having Dr. Jennyfer F. Cocco M.D. provide surgical care for me and accept these terms. I further understand that Dr. Jennyfer F. Cocco M.D. will not accept insurance for this (these) procedure (s). My consent to have Dr. Jennyfer F. Cocco M.D. provide care and not accept assignment from any insurance company, managed care provider, or other coverage source is irrevocable and final. I understand I will be fully responsible for the surgical fees for the surgery I seek.

Initials _____

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Our Notice of Privacy Practices (Notice) provides information about how we may use and disclose protected health information about you. You have the right to receive and review our Notice before signing this acknowledgment. As provided in our Notice, the terms of our Notice may change. If we change our Notice, you may obtain a revised copy.

By signing this form, you acknowledge that you have been informed of our uses and disclosures of protected health information about you for all of the purposes set out in our Notice.

By signing this form, you also acknowledge that a copy of our Notice may be provided to you, that you Understand the contents of our Notice and how it applies to you, and that all of your questions regarding the contents of our Notice have been answered.

Initials _____

NOTICE OF BUSINESS OWNERSHIP

In accordance with Federal Regulations (42 CFR 416.50). The Surgery Center of Texas must disclose the names of the physicians who are owners of the facility as they receive direct or indirect remuneration from this ownership. Dr. Jennyfer F. Cocco M.D. is part owner of The Surgery Center of Texas: 6020 West Plano Pkwy. Plano TX 75093. By signing this form, you acknowledge that you have been notified of Dr. Cocco's business ownership.

Initials _____

CONSENT FOR TRANSMISSION OF PHI BY NON-SECURE MEANS

I give permission to Cocco Clinique MD, PA and Affiliates to use unsecured email and mobile phone text messaging to transmit to me the following protected health information (PHI):

- Information related to the scheduling of meetings or other appointments
- Information related to billing and payment
- Information related to medical care and treatment

I have been informed of the risks, including but not limited to my confidentiality in treatment, of transmitting my protected health information by unsecured means. I understand that I am not required to sign this agreement in order to receive treatment. I also understand that I may terminate this consent at any time in the future in writing.

Initials _____

RELEASE OF PHOTOGRAPHIC IMAGES

I authorize Dr. Jennyfer F. Cocco M.D., Cocco Clinique MD, PA and /or its representative(s) to take photographs, slides, videos of me for medical purposes to be used for my care, and for surgery planning. In addition, I authorize the use of these images, without compensation to me, for the following specific purposes

- Medical Presentations.
- In-office photo album for prospective patients.
- Office seminars for prospective patients.
- In print advertisement
- On our website, newsletters, bulletin, publications, and social media outlets, (i.e. Facebook, Instagram, Snapchat, etc.).

I understand that:

1. I will not be identified by name in any of the media described above; however, I also understand that in some circumstances, the photographs, slides or videos may

display features that identify me (only on procedures that involve face and eyes).

2. I have the right to revoke this authorization in writing at any time and, if so, I must present my written revocation to Cocco Clinique MD, PA at 8305 Walnut Hill Ln. Ste 120 Dallas TX 75231. Revocation shall not affect any release of information made prior to revocation in reliance upon this Authorization.

3. The information disclosed under this Authorization, or some portion thereof, is protected by state law and /or the federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). Any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by applicable federal and/or state confidentiality rules.

4. A copy of this Authorization is valid as the original. I have full access to a copy of this Authorization. I may inspect or copy information to be used or disclosed under this Authorization, as provided by federal and/or state law.

I release and discharge Dr. Jennyfer F. Cocco M.D., Cocco Clinique MD, PA., and Surgery Center of Texas from all liability, including liability for negligence that in any way arises out of:

- Any and all rights that I may have or may have had in the photographs, slides or videos of me that I have authorized to be used and disclosed in this Authorization
- Any claim that I may have or may have had relating to such use and disclosure of those photographs, slides or videos of me, including any claim for payment in connection with any distribution or publication of them in any medium.

This Authorization is made as a voluntary contribution in the interest of public education and I certify that I have read this Authorization and Release carefully and fully understand its terms.

If the patient is a minor, the undersigned, are the parents or legal guardian of them and do hereby have legal authority to consent and do consent for them.

Initials _____

If you have any questions about this policy, please do not hesitate to ask. We also offer the translation for this form in Spanish. We are here to work with you and make your visit and/or surgery experience the best possible. Your signature below signifies that you understand your responsibility regarding charges incurred at Cocco Clinique MD PA and agree with our policies.

La firma a continuación significa que usted entendió nuestra póliza y sus responsabilidades en relación a cargos incurridos en Cocco Clinique MD PA, y que está de acuerdo con nuestra póliza

Patient/Guardian Name _____

Signature _____

Date ____/____/____

COCCO CLINIQUE MD, PA

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestra Práctica de Cirugía Plástica. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Por favor comprenda que todos los encuentros o tratamientos incurrirán un cargo financiero. Al firmar al final de este documento usted se compromete a cumplir con nuestra póliza financiera.

1. Todo servicio incurre honorarios que deben ser liquidados al momento.

2. Usted será responsable por el pago de:

- Cargos por servicios cosméticos o no-cosméticos
- Exámenes Externos como Patología, Laboratorios, Imágenes, Evaluación Cardíaca Etc.
- Recetas Farmacéuticas.

3. Cada consulta se puede reservar con una tarjeta de Crédito/Debito, se cobrará \$100.00 por cada cita perdida, Le pedimos que nos dé un aviso de un día hábil para la cancelación o reprogramación de una cita, de lo contrario se cobrará \$100.00. Se cobrará \$250.00 por "faltas sin aviso" o cancelaciones en procedimientos agendados en la clínica sin aviso de 48 horas.

4. Pacientes que solicitan hablar con la Dra. Cocco en casos sin emergencia, se cobran a \$75.00 por llamada.

5. Aceptamos pagos en efectivo, y varias tarjetas de crédito como Visa y MasterCard. Cheques personales serán aceptados sólo a pacientes establecidos. Un cargo de \$35 se aplicará a su cuenta por cada cheque devuelto. Dr. Cocco no llena paquetes de ausencia de trabajo extendidas incapacidad -término corto o largo, FMLA, y formularios de seguros extendidos.

6. Si usted compra productos para el cuidado de la piel, maquillaje u otros suministros, por favor comprenda que su pago no es reembolsable. Si el producto está defectuoso, o si no es apropiado para su piel, gustosamente sustituiremos el artículo por uno más apropiado para usted o le acreditaremos a su cuenta de Cocco Clinique MD, PA.

7. Todos los cargos por procedimientos deben haberse pagado en su totalidad por lo menos 10 días hábiles antes de completar cualquier servicio. Un cargo de reservación de \$500, no-reembolsable/transferible, se requiere para apartar su procedimiento. Planes de pago tiene un límite máximo de 12 meses, aplicando pagos regularmente. Se realizará un cargo de \$1000.00 por cancelación de cirugía sin previo aviso de 7 días. Pagos hechos con tarjeta de crédito pueden ser reembolsados menos 6% por cargos de procesamiento. El pago requerido para proceder con la cirugía y los cargos no son reembolsables una vez se hayan prestado los servicios. Servicios que se hayan pagado con tarjeta de crédito, o financiamiento por medio de terceros NO son elegibles a disputas por desacuerdo una vez que los servicios hayan sido otorgados.

CONSENTIMIENTO PARA ASIGNACION NO IRREVOCABLE

Yo entiendo y doy permiso a la Dra. Jennyfer F. Cocco M.D. para que me de cuidado. Yo entiendo que el procedimiento(s) que busco son cosméticos por naturaleza, no medicamento necesarios, por lo cual es fraude y no ético el aplicar algún cargo a cualquier compañía de seguros. Me han explicado y enseñado el costo financiero para que la Dra. Jennyfer F. Cocco M.D. me otorgue cuidado quirúrgico y acepto estos términos. También entiendo que la Dra. Jennyfer F.

Cocco M.D. no aceptara seguro médico por este procedimiento (s). Mi consentimiento para que la Dra. Jennyfer F. Cocco otorgue cuidado y no acepte cualquier tipo de seguro médico, proveedor de cuidado administrado u otro tipo de cobertura médica es irrevocable y final. Yo entiendo que seré responsable por los costos quirúrgicos para la cirugía que busco.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar la información sobre su salud. Usted tiene el derecho de recibir y revisar nuestro aviso antes de firmar este reconocimiento. Conforme a lo dispuesto en nuestro aviso, los términos pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso puede obtener una copia revisada.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha sido informado de nuestros usos y divulgaciones de información médica confidencial acerca de usted en cuanto a todos los fines establecidos en nuestro aviso. Al firmar este formulario, también reconoce que una copia de nuestro aviso ha sido proporcionada a usted, que entiende el contenido de nuestro aviso y cómo este se aplica a usted, y que todas sus preguntas sobre el contenido de nuestro aviso han sido contestadas.

AVISO DE PROPIEDAD DE NEGOCIO

De acuerdo con las Regulaciones Federales (42 CFR 416.50), El Centro de Cirugía de Texas debe revelar los nombres de los médicos que son propietarios de la instalación, ya que reciben una remuneración directa o indirecta de esta propiedad. La Dra. Jennyfer F. Cocco MD es parte dueña de Surgery Center of Texas: 6020 West Plano Parkway Plano, TX 75093. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha sido informado.

CONSENTIMIENTO PARA TRANSMISION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA DEL PACIENTE (PHI) POR MODOS NO ASEGURADOS

Yo doy permiso a Cocco Clinique MD, PA y sus afiliados para usar correo electrónico y mensajes de texto vía teléfono celular no asegurado para transmitir la siguiente información protegida del paciente:

- Información relacionada con la programación de consultas.
- Información relacionada con cobros y pagos
- Información relacionada con atención y tratamientos médicos

He sido informado sobre los riesgos, incluyendo, pero no limitado a la confidencialidad de tratamientos, de transmisión de mi información de salud protegida por modos no asegurados. Entiendo que no tengo obligación de firmar este acuerdo para recibir tratamiento. También entiendo que puedo cancelar este acuerdo en cualquier tiempo a futuro por escrito.

CONSENTIMIENTO Y LIBERACION FOTOGRAFICA

Autorizo a la Dra. Jennyfer F. Cocco M.D., Cocco Clinique MD, PA., y/o sus representantes para tomar fotografías, diapositivas, videos de mi para propósitos médicos usados en mi cuidado, y planificación de mi cirugía. También, autorizo el uso de estas imágenes, sin compensación a mí, para los siguientes propósitos

- Presentaciones médicas.
- Álbum fotográfico para futuros pacientes.
- Seminarios para futuros pacientes.
- Publicidad impresa.
- En nuestra página web, hoja informativa, publicaciones, y redes sociales (e.g. Facebook, Instagram, Snapchat, etc.)

Entiendo que:

1. No seré identificado por nombre en cualquier medio de comunicación mencionados; sin embargo, también entiendo que, en algunas circunstancias, las fotografías, diapositivas o videos tienen características que me identifican (solo en procedimientos de cara y ojos).

2. Tengo el derecho para revocar esta autorización por escrito, debo presentar la revocación por escrito a Cocco Clinique MD, PA en el 8305 Walnut Hill Ln. Ste. 120 Dallas TX 75231. Esta revocación no afectara el lanzamiento de información hecha antes de esta revocación.

3. La información bajo esta Autorización o partes de, están protegidas por ley estatal y/o el Federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"). Cualquier revelación de información tiene el potencial de otra revelación no autorizada y la información tal vez no esté protegida por reglas de confidencialidad federales y estatales.

4. Copias de esta Autorización son válidas como originales. Tengo acceso a una copia de esta Autorización. Puedo inspeccionar o copiar información para usar o revelar bajo esta Autorización según leyes federales y estatales.

Libero y descargo a la Dra. Jennyfer F. Cocco M.D., Cocco Clinique MD, PA., y Surgery Center of Texas de toda responsabilidad, incluyendo responsabilidad por negligencia que surja por:

- Todo derecho que tengo o tuve de fotografías, diapositivas, o videos de mí que autoricé para uso o revelación en esta Autorización.
- Todo reclamo que tengo o tuve relacionado con el uso o revelación de fotografías, diapositivas, videos de mí, incluyendo cualquier reclamo por pago en conexión con cualquier distribución o publicación por cualquier medio.

Esta Autorización está hecha como contribución voluntaria por el interés de educación para el público y certifico que he leído esta Autorización y Liberación con todo cuidado y tengo total entendimiento en sus términos.

En caso de que el paciente es menor de edad, los padres o tutores legales tienen autoridad legal de consentimiento y consentirán por el menor.

Si tiene dudas acerca de esta póliza, por favor no dude en preguntarnos. Estamos aquí para servirle y para hacer de su visita o cirugía la mejor experiencia posible. Su firma en la forma "Financial Policy" significa que usted entendió y que está de acuerdo con nuestra póliza y sus responsabilidades en relación a cargos incurridos en Cocco Clinique MD PA.