



**SCOTT W. MOSSER, M.D.**  
P L A S T I C S U R G E R Y

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)*

Nombre y Apellido de los Padres (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_  
*(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)*

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel. de la Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Posición de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nom. y Apellido del marido/a: \_\_\_\_\_ Posición de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del negocio del marido/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Como se refirió usted al Dr. Mosser? **Internet (sitio):** \_\_\_\_\_

**Epi Center Otro paciente :** \_\_\_\_\_ **Un Médico:** \_\_\_\_\_

**Paginas Amarillas Otro:** \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro de Salud (necesario para todo tipo de cirugía): \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD PERSONAL**

Ha tenido usted cirugía antes? \_\_\_\_\_ Tipo de anestesia: \_\_\_\_\_

Fuma Usted? \_\_\_\_\_ Cuanto? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted heridas o accidentes serias? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted? (Por favor, indica Si o No para cada uno)

Tuberculosis	Si	No	Enfermedad de riñones	Si	No
Cáncer	Si	No	Enfermedad de la sangre	Si	No
Enfermedad de corazón	Si	No	Diabetes	Si	No
Enfermedad de pulmones	Si	No	Epilepsia	Si	No
Hepatitis	Si	No	Probado por VIH	Si	No

Resultado: \_\_\_\_\_ (Respuesta Opcional)

**INFORMACION PRE-OPERATIVA IMPORTANTE**

Tiene usted alta presión de la sangre? \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Tiene usted problemas con el corazón? \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Tiene alergia con las medicinas? Cuales? \_\_\_\_\_

Toma usted aspirina regularmente? \_\_\_\_\_ Otras medicinas? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted dificultades con la anestesia? \_\_\_\_\_

Ha tenido usted exceso de sangrar en su vida, por ejemplo después de la cirugía, sangrar por la nariz, etc. \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de su Médico Personal: \_\_\_\_\_



**SCOTT W. MOSSER, M.D.**  
P L A S T I C S U R G E R Y

Area(s) de su cuerpo sobre las cuales quiere hablar durante esta consulta de Cirugía Plástica.

**Cirugías Cosméticas de la Cara:**

- Rejuvenación de la frente / las cejas
- Mejoramiento de parpados
- Tamaño o forma de la nariz
- Mejillas
- Labios (arrugas o forma)
- Menton (cambia de tamaño)
- Cuello (exceso de piel o grasa)

**Cirugías cosméticas de senos:**

- Aumento de senos
- Levantamiento de senos
- Reducción de senos

**Cirugías Cosméticas del cuerpo:**

- Liposucción
- Abdominoplastia / Tummy Tuck
- Levantamiento de las nalgas /
- Levantamiento del cuerpo inferior
- Levantamiento de los muslos

**Cirugías reconstructivas:**

- Reconstrucción de senos
- Lunares
- Revisión de cicatrices
- Otra (especifica por favor):

\_\_\_\_\_

**Cirugía de la Mano (especifica por favor):**

- \_\_\_\_\_

**Por favor díganos lo que es su preocupación principal sobre el tener cirugía plástica:**

---



---



---

**¿Cuándo le gustaría tener su cirugía? Circule una alternativa**

**2 semanas**

**4-6 semanas**

**6 meses**

**1 año**

**Le gustaría obtener una consulta gratis en nuestro Med Spa? \_\_\_\_\_**

**Le interesa recibir una evaluación con un dentista cosmético? \_\_\_\_\_**

**A PROFESSIONAL MEDICAL CORPORATION**

450 SUTTER STREET, SUITE 1400 ~ SAN FRANCISCO, CA 94108 ~ TEL:(415) 398-7778 ~ FAX: (415) 398-7784 ~ CONTACT@DRMOSSER.COM



**SCOTT W. MOSSER, M.D.**  
P L A S T I C S U R G E R Y

**FORMULARIO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y OBLIGACIÓN PARA EL SEGURO DE SALUD  
(HIPAA, HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT)  
Solicitud de información sobre el canal de confidencialidad**

*Este formulario lo requiere la Ley de portabilidad y obligación para el seguro de salud emitida en 1996 (HIPAA)*

*Tiene el derecho a solicitar información sobre su información médica personal hecha a través de los canales de confidencialidad. Este consultorio médico no le cuestionará por qué está haciendo la solicitud y realizará un esfuerzo razonable para satisfacer toda petición lógica. Se le facilitará un procedimiento de contacto y, según convenga, información sobre cómo se gestionará el pago.*

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente solicito el uso de los siguientes canales de confidencialidad para recibir información relacionada a mi tratamiento o salud personal. Esta solicitud reemplaza toda solicitud previa de información sobre el canal de confiabilidad que haya hecho.

¿Podemos usar su(s) número(s) de teléfono(s) y su dirección de correo electrónico para contactarnos con usted? Sí  No

De no ser así, ¿qué número(s) de teléfono(s) y dirección(es) de correo electrónico podríamos usar?

\_\_\_\_\_

¿Podemos discutir información relevante con alguien más? Sí  No

De ser así, por favor indique su nombre y vínculo.

Nombre \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

**Firma:** \_\_\_\_\_  
(si es menor, firma del tutor legal)

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Testigo:** \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRÁCTICAS RESPECTO A LA PRIVACIDAD**

*A nuestros pacientes.* Este aviso describe cómo se usará y cómo se divulgará la información médica sobre su persona (como paciente de este consultorio) y cómo podrá acceder a su información médica. Esto lo requiere la Ley de privacidad creada como consecuencia de la Ley de portabilidad y obligación para el seguro de salud emitida en 1996 (HIPAA).

**Nuestro compromiso con su privacidad**

La privacidad del paciente es uno de los *aspectos más importantes de nuestra profesionalidad* y el Dr. Mosser quiere asegurarle personalmente que nuestro consultorio se especializa en mantener la privacidad de su información médica. Además de nuestros altos estándares internos propios, se nos exige por ley mantener la confidencialidad de su información médica. Entendemos que estas leyes son complicadas, pero debemos presentarle la siguiente información relevante:

**Uso y divulgación de su información médica en ciertas circunstancias especiales**

Las siguientes circunstancias demandarán el uso y la divulgación de su información médica:

1. A las autoridades de salud pública y a las agencias de supervisión sanitaria que estén autorizadas por la ley para recoger información.
2. Acción legal o procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo exigiera una autoridad judicial o policial.

**UNA CORPORACIÓN MÉDICA PROFESIONAL**



**SCOTT W. MOSSER, M.D.**  
P L A S T I C S U R G E R Y

4. Cuando sea necesario reducir o prevenir una grave amenaza a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otro individuo o persona. Sólo divulgaremos la información a una persona u organización capaz de prevenir dicha amenaza.
5. Si usted fuera miembro de las fuerzas militares extranjeras o norteamericanas (incluso veteranos) y si así lo requieren las autoridades pertinentes.
6. A funcionarios federales con actividades de seguridad nacional o inteligencia autorizados por la ley.
7. A instituciones correccionales o autoridades judiciales o policiales, si usted fuera un recluso o estuviera bajo custodia de una autoridad judicial o policial.
8. Por indemnización laboral y programas similares.

**Sus derechos con respecto a su información médica**

1. Informaciones. Puede solicitar que nuestro consultorio se comunique con usted respecto a su salud y a temas relacionados, de una manera en particular o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que lo contactemos en su casa, en lugar de en el trabajo. Nos adaptaremos a requisitos lógicos.
2. Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información médica para el tratamiento, el pago o procedimientos de asistencia médica. Además, tiene el derecho a solicitar la restricción de la divulgación de su información médica sólo a ciertos individuos que formen parte de su cuidado o del pago de su cuidado, como familiares y amigos.
3. No se nos exige que estemos de acuerdo con su solicitud, sin embargo, estamos comprometidos por nuestro acuerdo excepto cuando, de lo contrario, lo exija la ley en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo.
4. Tiene el derecho a revisar y obtener una copia de la información médica que se utilizará para tomar decisiones sobre su persona, incluso los registros médicos y los registros de facturación del paciente, pero no las notas de psicoterapia. Debe enviar su solicitud por escrito al consultorio del Dr. Scott W. Mosser.
5. Nos puede pedir que realicemos una enmienda en su información médica si cree que es incorrecta o está incompleta, siempre y cuando la información se mantenga por y para nuestro consultorio. Para solicitar una enmienda, debe realizar la solicitud por escrito y enviarla al consultorio del Dr. Scott W. Mosser. Nos debe presentar una razón que sustente su solicitud de enmienda.
6. Derecho a una copia de esa notificación. Tiene derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas respecto a la privacidad. Nos puede pedir una copia de dicho aviso en cualquier momento. Para obtener una copia del mismo, contáctese con la recepcionista de mesa de entrada.
7. Derecho a presentar una queja. Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestro consultorio o en la Secretaría del departamento de salud y servicios sociales. Para presentar una queja nuestro consultorio, contáctese con el consultorio del Dr. Scott W. Mosser al (415) 398-7778 para más información. Todas las quejas se deben presentar por escrito. No será perjudicado por presentar una queja.
8. Derecho a otorgar una autorización para otros usos y divulgaciones. El consultorio del Dr. Scott Mosser, obtendrá su autorización por escrito para los usos y divulgaciones que no estén identificados por dicho aviso o permitidos por la ley vigente.
9. Si tiene alguna consulta sobre este aviso o sobre nuestras políticas de privacidad de la información médica, contáctese con el consultorio del Dr. Scout W. Mosser, al (415) 398-7778 para más información.



**SCOTT W. MOSSER, M.D.**  
P L A S T I C   S U R G E R Y

**Por la presente acepto que se me presentó una copia del Aviso de prácticas respecto a la privacidad del consultorio del Dr. Scout W. Mosser.**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta) (si es menor, firma del tutor legal)

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Testigo:** \_\_\_\_\_