

Do you smoke? _____ No _____ Yes If Yes, how many packs per day? _____
Fuma? _____ No _____ Si Si su respuesta es "Si", diga cuantas cajetillas dia? _____

The Receipt Of Automated Messages: From time to time Ocean View Plastic Surgery, may contact both patients and prospective patients via pre-recorded automated phone message to, among other things, confirm appointments and follow-ups, provide information regarding "specials" Ocean View Plastic Surgery is or will be running or as a means of performing various additional marketing and sales functions. By executing this Consent (the "Consent") you are confirming that you are the owner of both the home and cellular numbers you provided to Ocean View Plastic Surgery that the numbers are true and correct, that you have the authority to enter into this Consent and are hereby, in fact, consenting to the receipt of said pre-recorded automated phone message directed towards both your home and cellular phone numbers notwithstanding the presence of those numbers on either or both federal and or state do not call lists or any other limitations imposed by federal, state, or local law. This consent may be cancelled or withdrawn at any time upon the receipt of written notice by Ocean View Plastic Surgery.

Mensajes automaticos: De vez en cuando Ocean View Plastic Surgery puede ponerse en contacto con pacientes y futuros pacientes usando mensajes telefonicos pregrabados, para (entre otros) confirmar citas y chequeos, proveer informacion sobre "especiales" que Ocean View Plastic Surgery esta actualmente ofreciendo o que ofrecera, o para realizar otros procedimientos de ventas y mercadeo. Al firmar este consentimiento ("el consentimiento") confirma que es el dueno de tanto el numero de telefono de casa como el celular que ha provisto a Ocean View Plastic Surgery que los numeros son verdaderos y correctos, que tiene la autoridad para firmar este consentimiento y por miedo de la presente, esta dando su consentimiento para recibir dichos mensajes telefonicos automaticos en su numero de casa y celular, sin importar la presencia de esos numeros en cualquiera o ambas listas federales y o estatales de no llamar o cualquier otra limitacion impuesta por leyes federales, estatales o locales. Este consentimiento puede ser cancelado o retirado en cualquier momento cuando Ocean View Plastic Surgery reciba una solicitud por escrito.

Acknowledgement: In the course of my consultation, I may be shown or provided with certain brochures, testimonials, books, graphs, and or pictures of actual patients. I understand the outcome of any type of surgical procedure is directly related to my individual characteristics and health. I further understand and acknowledge that because of the obvious significant differences in how living tissue can react to surgery. There may be no relationship between the materials I have been shown and my actual final surgical results.

Certificacion: en el transcurso de mi consulta, me pueden mostrar o entregar ciertos folletos, testimonios, libros, graficos y/o fotos de pacientes. Entiendo que el resultado de cualquier tipo de procedimiento quirurgico esta directamente relacionado a mis características individuales y salud. Ademas entiendo y certifico que debido a las obvias y significantes diferencias en la manera en que el tejido viviente puede reaccionar a la cirugia, es posible que no exista relacion entre los materiales que me han enseñado y los resultados de mi operacion.

Additionally, I have read (or have had read to me) this medical questionnaire and certify that the information I have provided both herein and contemporaneously in the attached and initialed Medical History is correct to the best of my knowledge. I understand that I am financially responsible for all the charges related to any procedure I purchase. I agree that any procedure I request that is provided by Ocean View Plastic Surgery including any "pre-operative" procedures, are subject to the Ocean View Plastic Surgery refund and arbitration policies and I hereby expressly agree to be bound by same. Further, I understand and agree that **deposits are non-refundable after Pre-op has been completed or after first treatment has been rendered**. I hereby expressly authorize the release of any and all information necessary to secure payment for either services rendered to or fees incurred by me including without limitation all information associated with either or both my treatment(s) or the procedure(s) purchased and specifically including, but not limited to medical information and records that may constitute HIPPA protected material.

Ademas, he leído (o me han leído) este cuestionario medico y certifico que la informacion que he provisto tanto aqui como en la historia medica anexa firmada es correcta a mi mayor saber y entender. Entiendo que soy responsable economicamente de todos los costos relacionados a cualquier procedimiento que compre. Acuerdo a que todo procedimiento que solicite, provisto por Ocean View Plastic Surgery incluyendo aquellos "pre-operativos", estan sujetos a las normas de reembolso y arbitraje de Ocean View Plastic Surgery y por medio de la presente acuerdo a apegarme a dichas normas. Ademas entiendo y acuerdo que los depositos no se reembolsan despues que el "pre-op" (la preparacion) se haya completado o despues que del primer tratamiento haya sido iniciado. Por medio de la presente, autorizo expresamente la divulgacion de cualquiera y toda informacion necesaria para garantizar el pago por servicios prestados o por honorarios incurridos por mi, incluyendo (sin limitarse) toda la informacion asociada con cualquiera o ambos: mi tratamiento que compre y especificamente incluyendo (sin limitarse) la informacion y expediente medicos que puedan constituir material protegido por la HIPPA.

Signature (Firma):

Date: