

Bienvenidos A Nuestra Oficina

INFORMACION PACIENTE:

Fecha _____

Sr. Sra. Srita. Dr. Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____ E-mail _____

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. de su Residencia (_____) _____ Tel. Celular (_____) _____ ¿Qué número de teléfono es el mejor para contactarlo? Residencia Celular

¿En qué número podemos enviar un mensaje de texto / dejar un mensaje? Residencia Celular Ninguno ¿Algún familiar suyo ha sido paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No

Referido Por _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ Oftalmólogo _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____

Optometrista _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ Médico de Atención Primaria _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____

Cardiólogo _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ Nombre de Farmacia _____

Dirección de Farmacia _____ Tel. (_____) _____

Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____) _____ Metodo de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito

En caso de emergencia, favor de contactar a _____ Tel. (_____) _____ Parentesco _____

IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA: (Estamos obligados a preguntar esto por la Sección 4302 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio)

¿Es de ascendencia hispana o latina? Personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o español. Sí No

Debe seleccionar por lo menos una raza, independientemente de la designación étnica. Puede seleccionar más de una respuesta.

Indígena Americano o nativo de Alaska: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o apego comunitario.

Asiático: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o Afroamericano: Una persona descendiente de cualquiera de los grupos de raza negra de África.

Hispano o Latino: Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o español.

Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco: Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

PERSONA ENCARGADA DE ESTA CUENTA:

Yo mismo (Si es usted mismo, continúe con la próxima sección) Esposo(a) Padre Madre Otro _____

Nombre _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Tel. (_____) _____ Tel. Celular (_____) _____ E-mail _____

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Licencia de Conducir Núm. _____ Lugar del Trabajo _____ Teléfono (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE U OTRO GARANTIZADOR: (si es diferente al anterior)

Nombre _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ Parentesco _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. (_____) _____ Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____) _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO:

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo No Nombre de la Escuela / Dirección _____

Estudio Civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Legalmente separado(a)

Empleado(a): Tiempo completo Tiempo parcial Retirado(a) No

¿Pertenece usted a un PPO ó HMO? Sí No ¿Tiene un plan de reemplazo de Medicare o Medicare? Sí No

¿Esta visita está relacionada con un reclamo de compensación de trabajadores? Sí No

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO PRIMARIA:

Lugar de Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO PO. _____

Tel. del Trabajo (_____) _____ Plan _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ I.D. # _____

Dirección _____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO PO. _____

Tel. (_____) _____ Nombre de Grupo _____

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F

Seguro Social _____ Tel. (_____) _____

Dirección _____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO PO. _____

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO SECUNDARIA:

Lugar de Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO PO. _____

Tel. del Trabajo (_____) _____ Plan _____

Nombre de la Compañía de Seguro _____ I.D. # _____

Dirección _____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO PO. _____

Tel. (_____) _____ Nombre de Grupo _____

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F

Seguro Social _____ Tel. (_____) _____

Dirección _____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO PO. _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

		Sí	No
¿Consume drogas recreativas? Tipo _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Hace ejercicio? Tipo _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Consume cafeína? Tipo _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Consume té verde o de hierbas? Tipo _____ Frecuencia _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
¿Fuma/consume tabaco? En caso afirmativo, responda las preguntas a continuación.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1. ¿Cuál de las siguientes opciones corresponde a su caso? <input type="checkbox"/> Nunca fue fumador <input type="checkbox"/> Es fumador actualmente <input type="checkbox"/> Fue fumador en el pasado <input type="checkbox"/> Consume tabaco			
Si es fumador actual, ¿cuándo comenzó a fumar? _____			
¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días, pero no todos			
¿Cuántos cigarrillos fuma por día? <input type="checkbox"/> 5 o menos <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 o más			
¿Cuánto tiempo después de levantarse fuma su primer cigarrillo? <input type="checkbox"/> A los 5 minutos <input type="checkbox"/> 6-30 minutos <input type="checkbox"/> 31-60 minutos <input type="checkbox"/> Después de 60 minutos			
¿Está interesado en dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Estoy preparado para dejar <input type="checkbox"/> Estoy pensando en dejar <input type="checkbox"/> No estoy preparado para dejar			
Si usted fue un ex fumador, ¿cuándo comenzó a fumar? _____			
¿Cuando te detuviste? _____			
¿Cuánto tiempo pasó desde la última vez que fumó? <input type="checkbox"/> Menos de 1 mes <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> 1-5 años			
<input type="checkbox"/> 5-10 años <input type="checkbox"/> Más de 10 años			
Otro tabaco?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si es así, <input type="checkbox"/> actualmente o <input type="checkbox"/> en el pasado y qué tipo y frecuencia _____			
Uso de alcohol? Si es así, responda las preguntas 1-4 a continuación.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1. ¿Consumió bebidas alcohólicas en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. Si respondió Sí ¿Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas el año pasado? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos <input type="checkbox"/> 2 a 4 veces al mes			
<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 o más veces por semana			
3. Si respondió Sí: ¿Cuántas bebidas consumía en un día normal el año pasado?			
<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 or más			
4. Si respondió Sí: ¿Con qué frecuencia consumió seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión el año pasado?			
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente o casi diariamente			

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: (MARQUE LOS SÍNTOMAS QUE ESTÉ PRESENTANDO ACTUALMENTE)

Normal	<input type="checkbox"/>	1) General		Normal	<input type="checkbox"/>	6) Sist. gastrointestinal continuado
		Fiebre <input type="checkbox"/>				Úlceras <input type="checkbox"/>
		Adelgazamiento <input type="checkbox"/>				Otro <input type="checkbox"/> _____
		Otro <input type="checkbox"/> _____				
Normal	<input type="checkbox"/>	2) Ojos		Normal	<input type="checkbox"/>	7) Sist. hematológico/linfático
		Visión borrosa <input type="checkbox"/>				Anemia <input type="checkbox"/>
		Visión doble <input type="checkbox"/>				Enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/>
		Dolor <input type="checkbox"/>				Tendencia al sangrado <input type="checkbox"/>
		Secreción <input type="checkbox"/>				Inflamación de los ganglios linfáticos <input type="checkbox"/>
		Otro <input type="checkbox"/> _____				Otro <input type="checkbox"/> _____
Normal	<input type="checkbox"/>	3) Oídos, nariz, boca y garganta		Normal	<input type="checkbox"/>	8) Sist. musculoesquelético
		Dolor <input type="checkbox"/>				Debilidad <input type="checkbox"/>
		Bulto <input type="checkbox"/>				Dolor articular <input type="checkbox"/>
		Secreción <input type="checkbox"/>				Disminución de amp. de movimiento <input type="checkbox"/>
		Pérdida de la audición <input type="checkbox"/>				Otro <input type="checkbox"/> _____
		Olor <input type="checkbox"/>				
		Otro <input type="checkbox"/> _____		Normal	<input type="checkbox"/>	9) Sist. tegumentario (Piel/Mamas)
Normal	<input type="checkbox"/>	4) Sist. cardiovascular				Bultos <input type="checkbox"/>
		Dolor de pecho <input type="checkbox"/>				Tumores <input type="checkbox"/>
		Latidos irregulares <input type="checkbox"/>				Lesiones pigmentadas <input type="checkbox"/>
		Otro <input type="checkbox"/> _____				Otro <input type="checkbox"/> _____
Normal	<input type="checkbox"/>	5) Sist. respiratorio		Normal	<input type="checkbox"/>	10) Sist. neurológico
		Dificultad para respirar <input type="checkbox"/>				Debilidad <input type="checkbox"/>
		Tos <input type="checkbox"/>				Hormigueo <input type="checkbox"/>
		Asma <input type="checkbox"/>				Entumecimiento <input type="checkbox"/>
		Otro <input type="checkbox"/> _____				Otro <input type="checkbox"/> _____
Normal	<input type="checkbox"/>	6) Sist. gastrointestinal				
		Hábitos intestinales/cambio <input type="checkbox"/>				
		Diarrea <input type="checkbox"/>				
		Estreñimiento <input type="checkbox"/>				
		Dolor estomacal <input type="checkbox"/> _____				

HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE:	SÍ	NO	NOTAS
¿Fiebre reumática?			
¿Válvulas del corazón dañadas / válvula mitral prolapsada?			
¿Soplo del corazón?			
¿Alta presión?			
¿Baja presión?			
¿Dolor en el pecho / angina?			
¿Ataque(s) al corazón?			
¿Latidos del corazón irregulares?			
¿Marcapapas en el corazón?			
¿Desfibrilador?			
¿Cirugía (operación) del corazón?			
¿Neumonía, bronquitis, tos crónica?			
¿Asma?			
¿Fiebre del heno ó sinusitis?			
¿Ronquidos?			
¿Apnea del sueño / CPAP?			
¿Dificultad al respirar / otros problemas pulmonares?			
¿Tuberculosis?			
¿Enfisema?			
¿Transfusión de sangre?			
¿Enfermedad de la sangre como la anemia?			
¿Le aparecen moretones fácilmente?			
¿Tendencia a sangrar / de manera anormal?			
¿Ictericia / hepatitis ó enfermedad del hígado?			
¿Mononucleosis infecciosa?			
¿Problemas de la vesícula?			

HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE:	SÍ	NO	NOTAS
¿Desmayos?			
¿Convulsiones / epilepsia?			
¿Derrame cerebral?			
¿Problemas con la tiroides?			
¿Diabetes?			
¿Azúcar baja?			
¿Problemas con los riñones?			
¿Colesterol alto?			
¿Está recibiendo diálisis?			
¿Tobillos hinchados / artritis ó enfermedad de las articulaciones?			
¿Osteoporosis / osteopenia?			
¿Osteonecrosis?			
¿Úlceras en el estómago / reflujo ácido?			
¿Enfermedades contagiosas?			
¿Enfermedades venéreas?			
¿Problemas con su sistema de inmunidad?			
¿Cicatrizar ó sanado lentamente?			
¿Problemas de cicatrización?			
¿Un tumor?			
¿Cáncer / radioterapia / quimioterapia?			
¿Fatiga crónica / sudores por las noches?			
¿Está usted a dieta?			
¿Lentes de contacto?			
¿Enfermedades del ojo / glaucoma?			
¿Problemas de salud mental / ansiedad / depresión?			
¿Problemas para dormir boca arriba o para acostarse?			

LAS MUJERES SÓLO: (PREGUNTAS 1-4)

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No | | Sí | No |
| 1. ¿Existe la posibilidad que esté embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. ¿Está lactando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Fecha estimada para el parto? | | | 4. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nota para las mujeres: Los antibióticos (como la penicilina) pueden afectar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico o ginecólogo sobre otros métodos anticonceptivos adicionales.

ESTÁ USTED TOMANDO:	SÍ	NO	NOTAS
¿Cualquier tipo de medicina, droga o pastilla?			
Anticoagulantes recetados (Coumadin, Plavix, Xarelto, Eliquis, etc.)?			
Suplementos de venta libre (aceite de pescado, Vitamina E, Multivitaminas, etc.)?			
¿Toma aspirina regularmente?			
¿Píldoras de dieta?			
Cualquier producto natural, a base de hierbas. suplemento o remedio homeopático?			

FORMULARIO DE CONTACTO DE PRIVACIDAD

Las personas involucradas en su cuidado (familiares, amigos, otros médicos, etc.) pueden preguntar acerca de su tratamiento, resultados de análisis de laboratorio, recetas, fechas y horas de consultas, etc. Háganos saber con quiénes podemos compartir información y la relación que esas personas tienen con usted. (Tenga en cuenta que en situaciones de emergencia u otras circunstancias descritas en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, podemos compartir información con otras personas que no estén específicamente enumeradas en este formulario).

Enumere las personas con las que podemos compartir su información y la relación que tienen con usted:

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO SOBRE FOTOGRAFÍAS

El Dr. Longo y la Dra. Ahuero tienen puestos de enseñanza y son profesores clínicos de MD Anderson Cancer Center y/o la Escuela de Medicina de la Universidad de Texas. Al firmar a continuación, autorizo a OPST, el Dr. Longo, y/o la Dra. Ahuero a utilizar mis fotografías para fines educativos o informativos. Los nombres de los pacientes no se publicarán, y, en general, las fotos se recortan para mostrar las zonas tratadas. Soy consciente de que OPST, el Dr. Longo y/o la Dra. Ahuero también pueden utilizar mis fotografías con fines comerciales, por ejemplo, en el sitio web de la empresa.

Por el presente, doy mi permiso para que se realice dicho uso, sin recibir ninguna retribución o compensación económica, y renuncio a cualquier derecho que pudiera tener de inspeccionar o aprobar el producto terminado que pueda utilizarse en conexión con ese uso.

Por el presente, libero y eximo a OPST, al Dr. Longo y/o la Dra. Ahuero de toda responsabilidad con respecto al uso, la publicación o la reproducción de mis imágenes fotográficas.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) Fecha

OPHTHALMIC PLASTIC SURGEONS OF TEXAS, P.A. AND OPST – THE SURGERY CENTER, LLC PAGOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO

Política de pagos: Los pagos se deben en el momento en que se prestan los servicios profesionales. Para su comodidad, se aceptan todas las tarjetas de crédito principales, cheques personales y efectivo.

Presentación de reclamaciones de seguro: Aceptamos MEDICARE, así como planes de seguro COMERCIALES, de Puntos de servicio (POS) y de Organizaciones de proveedores preferidos (PPO) seleccionados. Tenga en cuenta que su seguro no cubrirá algunos procedimientos clínicos y quirúrgicos o podría procesarlos como fuera de la red; por lo tanto, al firmar este documento, usted acepta asumir la responsabilidad financiera de los servicios prestados antes o al momento del servicio quirúrgico o clínico. La presentación de su reclamación de seguro es una cortesía hacia usted y no garantiza el pago. El proceso de pago de reclamaciones médicas puede tomar hasta cuarenta y cinco días en completarse; le solicitamos que sea paciente mientras se lleva a cabo este proceso.

Proceso de predeterminación quirúrgica: La predeterminación se lleva a cabo antes de la cirugía y requiere que se envíe una carta de necesidad médica y las fotografías y/o análisis pertinentes a su compañía de seguros para su revisión y posible autorización. Este proceso puede tomar entre cuatro y seis semanas, y el hecho de que la cirugía se autorice no garantiza el pago. **Si desea proceder con un procedimiento quirúrgico no autorizado, se le pedirá que firme una exoneración en lugar de la presentación de la reclamación al seguro, y solicitaremos el pago en su totalidad. Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas, P.A. and OPST – The Surgery Center, LLC no reembolsará ningún pago privado obtenido por cirugías no autorizadas. Puede presentar la reclamación por su cuenta y aceptar lo que su compañía de seguros LE PAGUE después de la realización de la cirugía.**

Entiendo que los médicos, el departamento de facturación y el personal harán todo lo razonablemente posible por cobrar los pagos adeudados por terceros responsables de pagos/compañías de seguros por servicios autorizados. En el caso de que la compañía de seguros/tercero responsable de pagos se niegue a pagar, por cualquier motivo, acepto asumir la responsabilidad financiera del saldo restante de mi cuenta.

Centros de cirugía: El Dr. Longo y la Dra. Ahuero realizan cirugías en diversos centros, entre ellos, nuestro propio centro de cirugía. Tenga en cuenta que su cirugía se puede llevar a cabo en un centro en el cual los médicos tengan intereses financieros o participación en la propiedad.

Acuerdo de divulgación de información médica y asignación de beneficios médicos/quirúrgicos: Solicito que el pago de mis beneficios de seguro autorizados se realice Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas, P.A. and OPST – The Surgery Center, LLC en mi nombre en concepto de los procedimientos médicos y/o quirúrgicos adeudados, presentes o futuros. Asimismo, autorizo a OPST, el Dr. Longo y la Dra. Ahuero a divulgar información médica y fotografías a mis compañías de seguros o agentes, en el presente o en el futuro, únicamente para fines de reclamaciones.

Comprendo que el Dr. Longo, la Dra. Ahuero u OPST harán todo lo necesario por proteger mi privacidad en virtud de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Además, puedo solicitar una copia de la política de privacidad del Dr. Longo, la Dra. Ahuero u OPST.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) Fecha

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre Del Paciente _____ Fecha _____

Comprendo que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, tengo ciertos derechos como paciente con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas and OPST - The Surgery Center puede usar o divulgar mi información médica protegida con fines de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, es decir, para brindarme atención médica como paciente, administrar la facturación y los pagos, y encargarse de otras operaciones de atención médica. A menos que lo exija la ley, no se realizará ningún otro uso o divulgación de esta información sin mi autorización.

Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas and OPST - The Surgery Center cuenta con un documento detallado denominado '*Aviso de Prácticas de Privacidad*'. Contiene una descripción más completa de sus derechos de privacidad y de la manera en la que podemos usar y divulgar información médica protegida.

Comprendo que tengo el derecho de leer el 'Aviso' antes de firmar este acuerdo. Si así lo solicito, Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas and OPST - The Surgery Center me proporcionará la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Mi firma a continuación indica que se me ha dado la oportunidad de revisar dicha copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Asimismo, mi firma indica que permito a Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas and OPST - The Surgery Center usar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de atención médica, tratamientos y pagos. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas and OPST - The Surgery Center haya procedido de acuerdo con este consentimiento.

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**

X _____ **X** _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**

Puede obtener una copia de nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*, incluida cualquier modificación a nuestro '*Aviso*', en cualquier momento al contactarse con: Ophthalmic Plastic Surgeons of Texas and OPST - The Surgery Center, 7500 San Felipe, Suite 200, Houston, TX 77063. Teléfono: 713-953-9932.