



# Atlantic Coast Aesthetics

11911 US Highway 1, Suite 120, North Palm Beach, FL 33408  
Phone: 561-422-4116

## DEMOGRAPHIC INFORMATION, ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT CUESTIONARIO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA, CERTIFICACION Y CONSENTIMIENTO

Personal Information (*Informacion personal*) - Must match Driver's License information

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Nombre: Fecha:*

Address: \_\_\_\_\_  
*Direccion:*

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
*Ciudad: Estado:Codigo postal:*

Sex: ( ) Male ( ) Female Height: \_\_\_\_\_ Current Weight: \_\_\_\_\_  
*Sexo: Masculino Femenino Estatura: Peso actual:*

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento: Edad:*

Marital Status: ( ) Single ( ) Married ( ) Separated ( ) Divorced ( ) Widowed  
*Estado civil Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)*

Phone Numbers & Employer (Please circle preferred Contact Number)  
*Numeros de telefono y empleador (par favor marque el numero donde prefiere que le llamen)*

\*Home: \_\_\_\_\_ How did you hear about this office? \_\_\_\_\_  
*\* Casa: Como se entero de este consu/torio?*

\*Cell: \_\_\_\_\_ Emergency Contact Number: \_\_\_\_\_  
*\* Celular: \* Numero en caso de emergencia:*

Office: \_\_\_\_\_ Relationship to Emergency Contact: \_\_\_\_\_  
*\* Oficina: \*Relacion con el contacto de emergencia:*

Employer: \_\_\_\_\_  
*\* Empleador:*

E-mail \_\_\_\_\_

Referred By: \_\_\_\_\_ TV Station: \_\_\_\_\_  
*Referido por: Estecion de Television:*

Newspaper: \_\_\_\_\_ Magazine: \_\_\_\_\_  
*Periodico: Revista Revista:*

Direct Mail: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_  
*Correo direct: Otro:*

Personal Physician and Phone Number: \_\_\_\_\_  
*Medico de cabecera y numero de telefono:*

How Many Children Do You Have? \_\_\_\_\_  
*iCuantos hijos tiene?*

What Is Your Current Occupation? \_\_\_\_\_  
*iA que se dedica actualmente?*

**The Receipt Of Automated Messages:** From time to time Atlantic Coast Aesthetics may contact both patients and prospective patients via pre-recorded automated phone message and e-mails to, among other things, confirm appointments and follow-ups, provide information regarding "specials" Atlantic Coast Aesthetics 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 telephone and cellular number(s), as well as the e-mail address you provided to Atlantic Coast Aesthetics, that the numbers and e-mail address 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 messages and e-mails directed towards both your home phone, cellular number(s) and e-mail address notwithstanding the presence of those numbers and addresses 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 directed to Atlantic Coast Aesthetics.

**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.

I further affirm that I have read (or have had read to me) the attached medical questionnaire and certify that the information I have provided both therein and to the consulting physician is correct to the best of my knowledge. I understand that I am financially responsible for all of the charges either related to any procedure I purchase or which are otherwise contractually incurred. I agree that any procedure I request and or purchase, whether paid for in whole or in part, including any "pre-operative" procedures, is subject to the Atlantic Coast Aesthetics refund and arbitration policies and I hereby expressly agree to be bound by same. I understand and agree that there will be a 10 non-refundable origination fee in the case of refunds where the procedure in question was paid for with third party financing (Le., any type of credit).

**Mensajes automaticos:** De vez en cuando Atlantic Coast Aesthetics puede ponerse en contacto con pacientes y futuros pacientes usando mensajes telefónicos pregrabados, para (entre otros) confirmar citas y chequeos, para ver información sobre "especiales" que Atlantic Coast Aesthetics este actualmente ofreciendo o que ofrecerá; o para realizar otros procedimientos de ventas y mercadeo. Al firmar este consentimiento ("el consentimiento") confirma que es el dueño de tanto el número de teléfono de casa como el celular que ha provisto a Strex, que los números son verdaderos y correctos, que tiene la autoridad para firmar este consentimiento y por medio de la presente, este dando su consentimiento para recibir dichos mensajes telefónicos automáticos en su número de casa y celular; sin importar la presencia de esos números en cualquier o ambas listas federales y o estatales de no llamar o cualquier otra limitación impuesta por leyes federales, estatales o locales. Este consentimiento puede ser cancelado o retirado en cualquier momento cuando Atlantic Coast Aesthetics reciba una solicitud por escrito.

**Certificación:** en el transcurso de mi consulta, me pueden mostrar o entregar ciertos folletos, testimonios, libros, gráficos y/o fotos de pacientes. Entiendo que el resultado de cualquier tipo de procedimiento quirúrgico este directamente relacionado a mis características individuales y salud. Además entiendo y certifico que debido a las obvias y significantes diferencias en la manera en que el tejido vivo puede reaccionar a la cirugía, es posible que no exista relación entre los materiales que me han enseñado y los resultados de mi operación.

Además he leído (o me han leído) este cuestionario médico y certifico que la información que he provisto tanto aquí como en la historia médica anexa firmada es correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los costos relacionados a cualquier procedimiento que compre. Autorizo a que todo procedimiento que solicite, complete, total o parcialmente a Atlantic Coast Aesthetics, incluyendo aquel/os "pre-operativos", estén sujetos a las normas de reembolso y arbitraje de Atlantic Coast Aesthetics y por medio de la presente acuerdo a apegarme a dichas normas. Además entiendo y acuerdo a que habrá una tarifa del 10 no reembolsable en caso de reembolsos cuando el procedimiento ha sido pagado por una tercera parte que financia (es decir, cualquier tipo de crédito).

**Signature (Firma):** \_\_\_\_\_ **Date (Fecha):** \_\_\_\_\_

## CONSENT TO RELEASE

I hereby expressly authorize the release of any and all information associated with my interaction with Atlantic Coast Aesthetics ("Atlantic Coast Aesthetics") in the event I make any claim of any nature whatsoever against either Atlantic Coast Aesthetics which is otherwise necessary to secure payment for either services rendered to or fees incurred by me specifically including, but not limited to medical information and records that may constitute HIPAA protected material (i.e. protected healthcare information ("PHI")). This authorization includes, without limitation, all information associated with either or both any treatment received or the procedure purchased. The foregoing authorization is valid for one (1) year from the date any individual claim or response thereto is made or required.

*Por medio de la presente autorizo expresamente la divulgación de cualquier y toda información asociada con mi asociación con Atlantic Coast Aesthetics Rejuvenación ("Atlantic Coast Aesthetics") en el evento que haga cualquier reclamo de cualquier naturaleza contra Atlantic Coast Aesthetics o sus contratistas independientes o información necesitada para asegurar pago por servicios hechos, o cargos incurridos por mi persona pero no limitada a información médica que constituye material protegido por HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos). Esta autorización incluye pero no limita toda información asociada con ambos mi tratamiento, o el procedimiento que compre. La siguiente autorización es válida por un (1) año de la fecha de cualquier reclamo o respuesta a lo siguiente sea requerido o hecho.*

**Signature (Firma):** \_\_\_\_\_ **Date (Fecha):** \_\_\_\_\_