

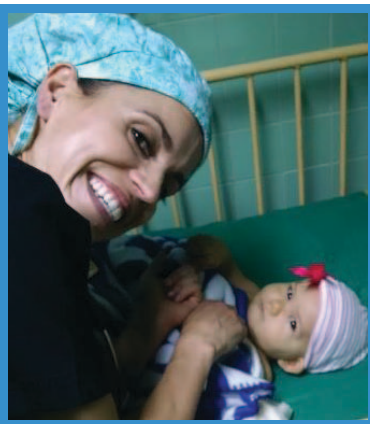
## RESHAPING LIVES CALIFORNIA



**Cada año, miles de hombres, mujeres y niños no pueden recibir atención quirúrgica que cambia la vida por muchas razones. La Fundación Plásticos ofrece atención quirúrgica de reconstructiva, sin cargo, a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente a través del programa Reshaping Lives California.**

Si usted, un miembro de su familia o alguien que usted conoce está buscando cirugía reconstructiva y cumple con los siguientes criterios, pueden calificar para el programa.

- *Individual que gane menos de \$31,500 o \$61,500 anual para una familia de cuatro.*
- *Que no tengan seguro, el seguro no cubre la cirugía o es incapaz de pagar los pagos*
- *Que sea inelegible para cobertura médica o programas patrocinados por el público que puedan pagar la cirugía, incluyendo Medi-Cal, Medicare o Healthy Families.*



Si usted es elegible por favor contacte a Plasticos Foundation para una consulta. Pacientes potenciales necesitan estar evaluados por un doctor de Plasticos Foundation para ser elegibles para cirugía. Estas clínicas de elegibilidad se ofrecen hasta cuatro veces al año.

**Por favor contacte Plasticos Foundation al 714-769-9974 o por correo electrónico a [info@plasticosfoundation.org](mailto:info@plasticosfoundation.org)**

### • Testimonio del Paciente •

*“Yo estoy bendecida de haber recibido estos servicios de Plasticos Foundation. No solo realizaron una cirugía de salvavidas sin costo a mí, pero absolutamente todos con que trabaje durante todo el proceso: de la aplicación la consulta, la cirugía y las visitas después fueron profesionales, demostraron cuidado auténtico y compasión también.*

*Yo siempre estaré agradecida a ésta organización.”*

*M. Karene*



# PLASTICOS FOUNDATION

8502 E. Chapman Ave. . Suite 447 . Orange . CA . 92869  
(714) 769-9974 . info@plasticosfoundation.org . www.plasticosfoundation.org  
Non-Profit Tax ID# 33-0831358

## Reshaping Lives California

### Directrices y Aplicación

Algunos pacientes pueden ser referidos para procedimientos **ambulatorios, de bajo riesgo y médicamente necesarios**

*(Los servicios disponibles dependen de la disponibilidad de médicos voluntarios)*

Para calificar el paciente debe tener:

- Falta de seguro médico o insuficiente cobertura médica
- Inelegibilidad para programas de asistencia pública incluyendo Medi-Cal, Medicare, Healthy Families
- Cumplir con las directrices de ingreso de \$31,500 para individuales o \$61,500 para una familia de cuatro
- Los pacientes no serán elegibles si requieren atención médica continua por cirujano para una recuperación exitosa

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto #: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Hablante inglés en el hogar?  Sí  No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  M  F

Procedimiento quirúrgico solicitado: \_\_\_\_\_

#### **Circule todas las condiciones existentes o pasadas:**

Enfermedad de corazón    Derrame cerebral    Hipertensión    Enfermedad pulmonar    Enfermedad del riñón  
Diabetes    Cáncer    Antecedentes familiares de cáncer    Abuso de sustancias actual    Historia de abuso de sustancias

Otros: \_\_\_\_\_ Hospitalizaciones anteriores: \_\_\_\_\_

Enfermedades mentales?  Sí  No    Tratado?  Sí  No

Anterior Anestesia?  Sí  No  No Recuerdo    Si respondió que sí hubo complicaciones?  Sí  No  No Recuerdo

Si respondió que sí describa sus complicaciones: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_