

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
NOMBRE (primer nombre, apellido):				
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenina <input type="checkbox"/> otro _____	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: - -	
RAZA / ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> prefiero no responder <input type="checkbox"/> hispano / Latino <input type="checkbox"/> caucásico <input type="checkbox"/> no estoy seguro <input type="checkbox"/> otro _____		<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> nativo americano <input type="checkbox"/> afroamericano	IDIOMA PREFERIDO: <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> otro _____	
DIRECCIÓN (ciudad, estado, código postal):				
TELÉFONO PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa		TELÉFONO SECUNDARIO: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa		
CORREO ELECTRÓNICO:				
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> divorciado				
CONTACTO DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> guardián responsable		nombre (primer nombre, apellido):		
teléfono:		relación con el paciente:		
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / NOMBRE DE CLÍNICA: <input type="checkbox"/> no tengo uno				
OCUPACIÓN (opcional):				
GUARDIÁN RESPONSABLE				
NOMBRE (primer nombre, apellido):				
fecha de nacimiento:		número de seguridad social: - -		
DIRECCIÓN (ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> igual que la dirección del paciente				
INFORMACIÓN DEL ASEGURANZA				
ASEGURANZA PRIMARIA:		NOMBRE DEL ASEGURADO (si es diferente al nombre del paciente):		
		fecha de nacimiento:	relación con el paciente:	
ASEGURANZA SECUNDARIA:		NOMBRE DEL ASEGURADO (si es diferente al nombre del paciente):		
		fecha de nacimiento:	relación con el paciente:	
¿Cómo se enteró de nosotros?	<input type="checkbox"/> seguridad <input type="checkbox"/> atención primaria <input type="checkbox"/> amigo/familia	<input type="checkbox"/> señal de la calle <input type="checkbox"/> búsqueda de Internet <input type="checkbox"/> anuncio de Internet	<input type="checkbox"/> sitio web <input type="checkbox"/> Healthgrades.com	<input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> otro: _____





### RAZÓN DE LA CITA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

Si usted está aquí sólo para un examen de cáncer de piel, por favor pase a las PREGUNTAS MÉDICAS.

gravedad del problema:  leve  moderado  grave

tipo de problema:  erupción  lesión  mancha  lunar  verruga  
 acné  quiste  úlcera  cicatriz  ampolla  
 acrocordón  decoloración  otro \_\_\_\_\_

síntomas asociados con el problema:  dolor  picazón  ardor  pinchazo  
 sangrado  feo  extendiendo  hormigueo  
 otro \_\_\_\_\_

áreas de cuerpo afectadas:  cabeza  cara  oreja  cuello  
 pecho  espalda  abdomen  uñas  
 brazo derecho  brazo izquierdo  
 pierna derecha  pierna izquierda  otro \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo has tenido esto? \_\_\_\_\_

¿Usó tratamiento para el problema?  Sí \_\_\_\_\_  NO

### PREGUNTAS MÉDICAS

¿Tiene un desorden de sangrado?  Sí  NO

¿Está tomando diluyentes de sangre?  Sí  NO

¿Tiene un marcapasos o desfibrilador?  Sí  NO

¿Pasas mucho tiempo en el sol?  Sí  NO

¿Sufre usted de alergias estacionales?  Sí  NO

¿Bebe alcohol?  Sí: \_\_\_\_\_ bebido(s) por:  semana  día  NO

¿Fuma ahora o en el pasado?  Sí: \_\_\_\_\_ paquetes por día fecha de dejar \_\_\_\_\_ años de fumar  NO



### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

Doy a *Clear Choice Dermatology*, sus médicos (médicos, NPs, PAs) y personal, autorización para divulgar mi información médica protegida a la siguiente familia, amigos, y/o guardianes:

nombre	número de teléfono	relación

En caso de que *Clear Choice Dermatology* necesite comunicar los resultados de su examen o información médica por teléfono, consulte todas las opciones de comunicación que se pueden utilizar:

- dejar un mensaje detallado en su teléfono
- llamarle por los números de teléfonos siguientes:
- hablar solo a usted directamente
- celular
- casa
- otro: \_\_\_\_\_
- celular
- casa
- otro: \_\_\_\_\_

**\*\*LA AUTORIZACIÓN EN ESTA FORMA EXPIRA:**     nunca     1 año de hoy

Por favor, compruebe y firme solo UNO de los siguientes:

- Permiso que *Clear Choice Dermatology* comparta mi información de salud confidencial como se señaló anteriormente según las opciones de comunicación marcadas en este formulario.

\_\_\_\_\_ *firma*

\_\_\_\_\_ *fecha*

- NO permito que *Clear Choice Dermatology* comparta mi información de salud confidencial con nadie excepto yo.

\_\_\_\_\_ *firma*

\_\_\_\_\_ *fecha*

Al firmar arriba, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida en el proceso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se cita en la política de prácticas de privacidad. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. La Dermatología Clear Choice y sus entidades no condicionarán tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios al proporcionar, o negarse a proporcionar esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información médica, puedo consultar la política de prácticas de privacidad.

**\*POR FAVOR, PREGÚNTALE SI DESEA UNA COPIA DE NUESTRA POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.\***

## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Clear Choice Dermatology. Estamos dedicados a proporcionar la mejor atención y servicios posibles para usted. Conocer su responsabilidad financiera es una parte esencial de su atención. Lea atentamente lo siguiente.

### Aseguranza

Es la responsabilidad del paciente de proporcionar la información personal y de seguros exacta. La aceptación de su seguro no coloca todas las responsabilidades financieras en esta práctica, y será creído responsable de cualquier equilibrio impagado por su plan. Aunque seamos contratados con la mayor parte de transportistas de seguros, nuestros servicios no pueden ser cubiertos por su plan de seguros particular. La referencia nuestra oficina por otro médico no garantiza que su seguro cubrirá nuestros servicios.

### Co-pagas y Saldos pendientes

Es la política de La Piel Dermatología de Doctores que el pago es debido en el momento del servicio. Las co-pagas deben ser pagadas en su totalidad. Todos los equilibrios en su cuenta deben ser pagados antes de, o en el momento de su visita. Esto incluye, pero no es limitado con el coaseguro y deductibles. Si no puede pagar su equilibrio en el momento de la visita, tendrá que renegociar su cita. Nuestra oficina no ofrece proyectos del pago en este tiempo.

### Citas de pago propio y Cosméticas

El pago es esperado en su totalidad en el momento del servicio.

### Cancelaciones y Citas perdidas

- **Visitas a la oficina:** Entiendo que es mi responsabilidad cancelar mi cita al menos 24 horas antes de la fecha y hora programadas; de lo contrario, se facturará un cargo de \$50.00 a mi cuenta, que no estará cubierto por mi plan de seguro. Todos los saldos pendientes deben ser pagados en su totalidad antes de su próxima visita.
- **Citas quirúrgicas:** Entiendo que es mi responsabilidad cancelar mi cita al menos 24 horas antes de la fecha y hora programadas; de lo contrario, se facturará un cargo de \$200.00 a mi cuenta, que no estará cubierto por mi plan de seguro. Todos los saldos pendientes deben ser pagados en su totalidad antes de su próxima visita.
- Entendemos que ocurren acontecimientos inesperados en la vida y enfermedades. Si esto sucede, llame a nuestra oficina tan pronto como sea posible para cancelar o reprogramar su cita.

### Referencias

Si su seguro requiere una referencia, es su responsabilidad proporcionar la referencia antes de su cita.

### Patología

De vez en cuando, la patología es ordenada por médicos diagnosticar correctamente ciertos desórdenes de piel. Para proporcionar la calidad sienten cariño por nuestros pacientes, utilizamos un laboratorio autorizado independiente con el análisis realizado por Dermatopathologist certificado por el Consejo quien se especializa en los diagnósticos microscópicos de desórdenes de piel. Los gastos para estos servicios son además de su visita de la oficina y precio del procedimiento.



**Peticiones de Archivos Médicos / Formas (FMLA)**

Hay una tarifa de \$25.00 para los expedientes médicos, más el costo de envío y/o dispositivo electrónico. FMLA, médicos, y otros formularios de política que necesitan ser llenados por nuestra oficina requerirán una tarifa de \$10.00. Estos honorarios deben ser pagados antes de que los registros/formularios sean enviados.

**Métodos de pago aceptados**

Clear Choice Dermatology acepta el dinero efectivo, el Visa, Mastercard, Discover, y cheques personales con la identificación apropiada (licencia de conducir válido o foto ID), los controles pueden ser realizados pagaderos a "Clear Choice Dermatology". Habrá un precio de \$30.00 para cualquier control devuelto.

**RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS FINANCIERAS**

He leído las políticas financieras anteriores y entiendo mis responsabilidades financieras como paciente de Clear Choice Dermatology. Entiendo que el no hacer un pago cuando es debido es la base para la acción legal y estoy de acuerdo en pagar todos los costos de la recaudación, incluyendo los costos de la corte y los honorarios de abogado. Si no firmo este consentimiento, Clear Choice Dermatology puede declinar darme tratamiento.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Por la presente autorizo a Clear Choice Dermatology, LLC a divulgar cualquier información médica requerida en el curso del examen y tratamiento y permitir el pago directamente a ellos cualquier beneficio debido por sus servicios prestados. Reconozco y acepto la responsabilidad por los servicios prestados independientemente de la cobertura del seguro. Esto incluye, pero no se limita a, el copago, el coseguro, el deducible y los servicios no cubiertos.

**RECONOCIMIENTO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

Reconozco que he sido informado de Clear Choice Dermatology Aviso de Política de Privacidad al ser ofrecido a tomar una copia física de la Política de Privacidad de Clear Choice Dermatology (disponible en la recepción) O verlo en

**SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se me haga a mí o en mi nombre a Clear Choice Dermatology, LLC por cualquier servicio que me proporcionen sus proveedores. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento del Cuidado de la Salud y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados.

**HE LEÍDO, HE ENTENDIDO Y ACEPTO LO ANTERIOR:**

\_\_\_\_\_   
 nombre del paciente o guardián

\_\_\_\_\_   
 relación con el paciente

\_\_\_\_\_   
 firma

\_\_\_\_\_   
 fecha