



DERMATOLOGY CENTER
OF THE PALM BEACHES

Por favor imprima claramente y complete todas las secciones

Información del paciente:

Nombre (como aparece en su póliza de seguro): _____

Número de teléfono celular: _____ Número de teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Apartamento/Unidad # _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección alternativa: _____

Correo electrónico: _____ Número de Seguro

Social: _____

Estado civil: (Por favor circule) Soltero Casado Divorciado Viudo Otro _____

Nacimiento Sexo: (Por favor circule) Masculino Femenino

Raza: _____ Etnia: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el punto: _____

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Empleador: _____ Trabajo #: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información médica

Enumere TODAS las condiciones médicas que tiene

actualmente: _____

Enumere TODAS las cirugías que haya

tenido: _____

Enumere TODOS los antecedentes de enfermedades de la piel que haya

tenido: _____

¿Usas protector solar? (por favor circule): SÍ NO

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma (marque con un círculo): SÍ NO

Enumere todos los medicamentos que está

tomando: _____

Alergias: _____

Síntomas de alergia: _____

Situación de fumador (marque con un círculo): Ex fumador Fumador social Fumador actual

Consumo de alcohol (marque con un círculo): Ninguno Bebedor social Bebedor diario

Consumo de cafeína (marque con un círculo): Ninguno Varias veces al día Una vez a la

semana De vez en cuando

¿Con qué frecuencia hace ejercicio (marque con un círculo): Nunca Todos los días Pocas

veces a la semana



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPAA

-Nuestro aviso de la Ley de Prácticas de Privacidad Proporciona información sobre cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado basándose en su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

-El paciente entiende que su información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La práctica tiene un Aviso de prácticas de privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso. La práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad. El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesará toda divulgación futura. La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

-DERECHOS DE DIVULGACIÓN DE LOS PACIENTES: En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de información de salud. El individuo también tiene el derecho de solicitar la comunicación confidencial de información de salud realizada por medios alternativos. No se garantiza que la comunicación con la práctica mediante correo electrónico, fax y teléfono celular sea segura o confidencial. Si estos métodos se inician a continuación, renunció a la obligación de la práctica de garantizar la confidencialidad. También entiendo que el correo electrónico y el fax no son medios apropiados de comunicación o emergencias.

Excepción de autorización de comunicación

¿Cómo le gustaría que le contactáramos?

Yo, _____, (nombre y apellido del paciente) deseo ser contactado de la siguiente manera:

(Por favor casilla de verificación y inicial TODOS métodos preferenciales de contacto)

Casa # __ Está bien dejar un mensaje detallado Dejar un mensaje con el número para devolver la llamada únicamente **Inicial:** _____

Número de celular __ Está bien dejar un mensaje detallado Dejar un mensaje con el número para devolver la llamada únicamente **Inicial:** _____

Trabajo # __ Está bien dejar un mensaje detallado Dejar un mensaje con el número para devolver la llamada únicamente **Inicial:** _____

Autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas: (por favor escriba los nombres claramente)

Nombre _____ **Relación** _____

Nombre del paciente o nombre del tutor (en letra de imprenta) _____

Firma y fecha _____



****USTED ES RESPONSABLE DE SU PÓLIZA DE SEGURO****

Debido a los numerosos cambios en las pólizas de seguro, no podemos ser responsables de interpretar cada póliza individual. **Es responsabilidad del paciente comprender su cobertura individual y sus limitaciones, así como los proveedores aceptados por el plan.** Le instamos a que consulte con su compañía de seguros con respecto a sus beneficios porque el incumplimiento podría resultar en que usted, el paciente, sea responsable de todos los costos incurridos.

Las pólizas de seguro son un contrato entre el paciente y el asegurador. Es responsabilidad del paciente saber qué proveedores están en su red específica.

Responsabilidad financiera: Los pacientes son financieramente responsables de todos los cargos, ya sea que les pague su seguro por todos los servicios prestados en su nombre o en el de sus dependientes.

Pago: Todos y cada uno de los copagos, coseguros, deducibles y saldos de cuenta vencen en el momento del servicio.

Saldos: Los saldos pendientes durante más de 90 días estarán sujetos a tarifas de cobro (a cargo del paciente) y pueden remitirse a una agencia de cobro.

Referencia/Autorizaciones: Si la póliza de seguro médico del paciente requiere una remisión/autorización, es responsabilidad del paciente obtenerla antes de la cita programada. Dado que la mayoría de los seguros negarán las visitas de bienestar a los dermatólogos.

Cita No show/ Política de Cancelación: Requerimos un aviso de cancelación de 24 horas. Se cobrará una tarifa de \$50 por todas las citas médicas y \$100 por cualquier cita quirúrgica o cosmética que se cancele sin avisar debidamente. Estos cargos pueden ser condonados a discreción de la oficina de facturación, una sola vez o si hay una emergencia (hospitalización, accidente, etc...) **INICIAL:** _____

Tarifas de laboratorio: Tenga en cuenta que todas las muestras (biopsia, cultivos, etc.) se enviarán a un laboratorio independiente para su procesamiento y es posible que reciba una factura separada de ese laboratorio. **INICIAL:** _____

Política de cheques devueltos: Se cobrará una tarifa de \$50 por cada cheque devuelto (sujeto a cambios).

Certifico que toda la información del seguro que he proporcionado está actualizada y es correcta. Autorizo al Dermatology Center of the Palm Beaches a administrar la atención médica que se considere necesaria. Autorizo la divulgación de cualquier información médica solicitada por mi compañía de seguros para poder procesar reclamos de seguro. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los honorarios, incluidos los deducibles, copagos y coseguros incurridos por los servicios prestados a ser o dependiente. Autorizo que el pago de los beneficios del seguro pagados en mi nombre se realice directamente al Dermatology Center of the Palm Beaches. Autorizo al Dermatology Center of the Palm Beaches a divulgar información médica a un tercero o sus agentes.

Certifico que he leído este formulario en su totalidad y cumpliré con las políticas anteriores.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Firma del paciente (u otras personas legalmente autorizadas)
