

# the skin docs

## DERMATOLOGY

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE   |  |   |  |
|--|--|---|--|
| NOMBRE (primer nombre, apellido):  |  |   |  |
| FECHA DE NACIMIENTO:   | EDAD:  | SEXO: <input type="checkbox"/> masculino<br><input type="checkbox"/> femenina<br><input type="checkbox"/> otro _____                        | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:<br>- -   |
| RAZA / ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> prefiero no responder<br><input type="checkbox"/> hispano / Latino<br><input type="checkbox"/> caucásico<br><input type="checkbox"/> no estoy seguro<br><input type="checkbox"/> otro _____ |  | <input type="checkbox"/> asiático<br><input type="checkbox"/> nativo americano<br><input type="checkbox"/> afroamericano                    | IDIOMA PREFERIDO:<br><input type="checkbox"/> español<br><input type="checkbox"/> inglés<br><input type="checkbox"/> otro _____  |
| DIRECCIÓN (ciudad, estado, código postal):   |  |   |  |
| TELÉFONO PRINCIPAL:<br><input type="checkbox"/> celular<br><input type="checkbox"/> casa   |  | TELÉFONO SECUNDARIO:<br><input type="checkbox"/> celular<br><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:<br><input type="checkbox"/> guardián responsable   |  | nombre (primer nombre, apellido):   |  |
| teléfono:  |  | relación con el paciente:   |  |
| MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / NOMBRE DE CLÍNICA:<br><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):<br><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<br><input type="checkbox"/> atención primaria<br><input type="checkbox"/> amigo/familia | <input type="checkbox"/> señal de la calle<br><input type="checkbox"/> búsqueda de Internet<br><input type="checkbox"/> anuncio de Internet | <input type="checkbox"/> sitio web de The Skin Docs<br><input type="checkbox"/> Healthgrades.com<br><input type="checkbox"/> Instagram<br><input type="checkbox"/> Yelp<br><input type="checkbox"/> Facebook<br><input type="checkbox"/> otro: _____ |





# the skin docs

## DERMATOLOGY

| 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:  | <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> grave   |
| tipo de problema:   | <input type="checkbox"/> erupción <input type="checkbox"/> lesión <input type="checkbox"/> mancha <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> verruga<br><input type="checkbox"/> acné <input type="checkbox"/> quiste <input type="checkbox"/> úlcera <input type="checkbox"/> cicatriz <input type="checkbox"/> ampolla<br><input type="checkbox"/> acrocordón <input type="checkbox"/> decoloración <input type="checkbox"/> otro _____                     |
| síntomas asociados con el problema:   | <input type="checkbox"/> dolor <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/> pinchazo<br><input type="checkbox"/> sangrado <input type="checkbox"/> feo <input type="checkbox"/> extendiendo <input type="checkbox"/> hormigueo<br><input type="checkbox"/> otro _____  |
| áreas de cuerpo afectadas:  | <input type="checkbox"/> cabeza <input type="checkbox"/> cara <input type="checkbox"/> oreja <input type="checkbox"/> cuello<br><input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> espalda <input type="checkbox"/> abdomen <input type="checkbox"/> uñas<br><input type="checkbox"/> brazo derecho <input type="checkbox"/> brazo izquierdo<br><input type="checkbox"/> pierna derecha <input type="checkbox"/> pierna izquierda <input type="checkbox"/> otro _____ |
| ¿Cuánto tiempo has tenido esto? _____   |  |
| ¿Usó tratamiento para el problema? <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> NO  |  |
| PREGUNTAS MÉDICAS   |  |
| ¿Tiene un desorden de sangrado?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO  |
| ¿Está tomando diluyentes de sangre?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO  |
| ¿Tiene un marcapasos o desfibrilador?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO  |
| ¿Pasas mucho tiempo en el sol?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO  |
| ¿Sufre usted de alergias estacionales?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO  |
| ¿Bebe alcohol?  | <input type="checkbox"/> Sí: _____ bebido(s) por: <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> día  |
| ¿Fuma ahora o en el pasado?   | <input type="checkbox"/> Sí: _____ paquetes por día fecha de dejar _____ <input type="checkbox"/> NO<br>_____ años de fumar  |
| ¿Recibió una vacuna contra de la influenza (gripe) in el año pasado?                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO  |

### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE:

FECHA DE  
NACIMIENTO:

Doy a *The Skin Docs 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 *The Skin Docs Dermatology* necesite comunicar los resultados de su examen o información médica por teléfono, consulte todas las opciones de comunicación que se pueden utilizar:

- |  |                                      |                               |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dejar un mensaje detallado en su teléfono         | <input type="checkbox"/> celular     | <input type="checkbox"/> casa |
|  | <input type="checkbox"/> otro: _____ |                               |
| <input type="checkbox"/> llamarle por los números de teléfonos siguientes: | <input type="checkbox"/> celular     | <input type="checkbox"/> casa |
|  | <input type="checkbox"/> otro: _____ |                               |
| <input type="checkbox"/> hablar solo a usted directamente                  |                                      |                               |

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

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

- Permito que *The Skin Docs 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 *The Skin Docs 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 skin Docs 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 The Skin Docs 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.

# the skin docs

## DERMATOLOGY

### 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

The Skin Docs 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 "The Skin Docs 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 The Skin Docs 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, The Skin Docs Dermatology puede declinar darme tratamiento.

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a The Skin Docs, 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 The Skin Docs Aviso de Política de Privacidad al ser ofrecido a tomar una copia física de la Política de Privacidad de The Skin Docs (disponible en la recepción) O verlo en [theskindocs.org](http://theskindocs.org).

### 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 The Skin Docs, 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