

INFORMACION DEL PACIENTE**Nombre:** _____
Primer Apellido M.I.**Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____**Estado Civil:** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer**Address:** _____
Calle Ciudad Estado Código PostalCell: Contacto preferido ☐ Casa: Contacto preferido ☐ Correo electrónico: Contacto preferido ☐

Medico Primario: Local: Numero de Contacto:

Farmacia: Loca: Numer de Farmacia:

Historia SocialRaze: ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Americano Indio/ Nativo Americano
☐ Nativo de Hawaii/Islas de PacificoEthnicity: ☐ Hispanic/Latino ☐ Non-Hispanic/LatinoIdioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____¿Dónde has oído hablar de nosotros?: ☐ Publicidad ☐ Boca a Boca ☐ Búsqueda Web ☐ Otro

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Reading Dermatology Associates o a mi compañía de seguros a divulgar la información requerida para procesar mis reclamos. Todos los servicios son proporcionados por esta práctica médica, ya sea por uno de nuestros profesionales médicos debidamente autorizados. Ningún servicio proporcionado por esta práctica médica es realizado por un individuo que posea menos de una licencia de enfermero registrado, a menos que dicho individuo esté bajo la supervisión adecuada

Firma del paciente: _____**Firma del Padre/Tutor autorizado:** _____**Date:** ____ / ____ / ____

Nombre

Sexo

F. Nac.

Fecha de la Cita

Historial médico personal (Marque todo lo que corresponda):

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Alergias | ☐ SIDA/VIH | ☐ Hepatitis A, B o C | ☐ Marcapasos |
| ☐ Anemia | ☐ Transfusión de sangre | ☐ Presión arterial alta | ☐ Tratamiento de radiación |
| ☐ Ansiedad | ☐ Cáncer | ☐ Colesterol alto | ☐ Convulsiones |
| ☐ Artritis | ☐ EPOC (Enfisema) | ☐ Hipertiroidismo | ☐ Trastorno de la piel |
| ☐ Articulaciones | ☐ Diabetes | ☐ Trastorno renal | ☐ Derrame cerebral |
| ☐ artificiales | ☐ ERGE (reflujo ácido) | ☐ Trastorno del hígado | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Prótesis articulares | ☐ Fiebre de heno | ☐ Lupus | ☐ Reemplazo de válvula |
| ☐ Asma | ☐ Pérdida de audición | ☐ Sarampión | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Fibrilación auricular | ☐ Enfermedad cardíaca | | |

Historial quirúrgico:

- ☐ Cirugía de cáncer de células basales
- ☐ Reemplazo de articulación
- ☐ Mastectomía
- ☐ Reemplazo de válvula mecánica
- ☐ Cirugía de melanoma
- ☐ Biopsia de piel
- ☐ Cirugía de células escamosas
- ☐ Otro: _____

Piel:

¿Tiene alguno de los siguientes?:

- | | |
|--|---|
| ☐ Lunares anormales | ☐ Herpes labial |
| ☐ Acné | ☐ Eccema |
| ☐ Furúnculos | ☐ Cicatrices |
| ☐ Sarpullido | ☐ Psoriasis |
| ☐ Sangra fácilmente | ☐ Urticaria |
| ☐ Escalofríos | ☐ Rosácea |
| ☐ Cambios en lunares | ☐ Picazón y descamación |
| ☐ Piel seca/sensible | ☐ Llagas que no sana |

¿Ha visitado salones de bronceado y/o tomado el sol?

☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel? **Si es así**, ¿qué tipo? _____

☐ Sí ☐ No

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma?

☐ Sí ☐ No

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Historia Social:

Fumador de cigarrillos: ☐ Nunca ☐ Dejó de fumar: Exfumador ☐ Fuma a diario ☐ Fuma menos de diario

Consumo de alcohol: ☐ Sí ☐ No

Lista de Medicamentos:

¿Es alérgico(a) a lo siguiente?

- ☐ Cinta adhesiva ☐ Antibióticos ☐ Aspirina ☐ Látex
- ☐ Yodo ☐ Codeína ☐ Sulfa ☐ Anestésicos locales
- ☐ Barbitúricos (pastillas para dormir)

¿Tiene alguna otra alergia?

☐ Sí ☐ No

Si es así, enumere las alergias:

Family Medical History (Check & Circle all that apply):

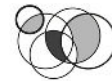
- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Artritis | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Cáncer | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Diabetes | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Hepatitis | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Hipertensión (Presión arterial alta) | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Enfermedad cardíaca/Marcapasos | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Psoriasis | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Cáncer de piel | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Enfermedad de la tiroides | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| ☐ Otro: | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |

¿Tiene un representante médico? Es decir, ¿tiene a alguien que pueda tomar decisiones médicas por usted si por alguna razón usted no puede hacerlo?

☐ Sí ☐ No

Sí, Nombre del representante: _____

Número de teléfono: _____



HIPAA & AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿CON QUIÉN PODEMOS COMPARTIR INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE SU ATENCIÓN?

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

La persona también es mi contacto de emergencia ☐

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

La persona también es mi contacto de emergencia ☐

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

La persona también es mi contacto de emergencia ☐

¿Podemos dejarle información médica en su teléfono y/o contestadora?

☐ Sí ☐ No

Recordatorios de citas por mensaje de texto?

☐ Sí ☐ No

¿Correos electrónicos sobre recordatorios de citas/ofertas/promociones?

☐ Sí ☐ No

¿Podemos enviar información médica por correo?

☐ Sí ☐ No

He recibido y/o revisado el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de esta consulta. Este aviso proporciona detalles sobre el uso y divulgación de mi información médica protegida que puede ser necesaria por esta consulta, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y los deberes legales de la consulta con respecto a mi información.

Entiendo que esto reserva el derecho de cambiar los términos de su **Aviso de Prácticas de Privacidad** y de realizar cualquier cambio respecto a toda la información médica protegida que resida o sea controlada por esta consulta. Entiendo que puedo obtener el Aviso de Prácticas de Privacidad actual de esta consulta bajo solicitud.

Firma del Paciente: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS FINANCIEROS

Gracias por elegirnos como tu proveedor de cuidado de la piel. Estamos comprometidos a ofrecerte una atención sanitaria de calidad y asequible. Entendemos que puede tener algunas preguntas sobre la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados y esperamos poder ofrecerle una mayor comprensión sobre este tema.

SEGURO. Participamos en la mayoría de los planes, incluido Medicare. Si no estás asegurado por un plan con el que tenemos contrato, se espera el pago íntegro en cada visita. Si tienes un seguro con un plan con el que tenemos contrato, pero no dispones de una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita hasta que podamos verificar tu cobertura.

Es tu responsabilidad mantenernos informados con la información correcta de tu seguro. A su llegada, le pedimos que acuda preparado para presentar su tarjeta de seguro actual y su identificación con foto en cada visita para verificar que nuestra oficina tiene la tarjeta más actualizada registrada.

Conocer los beneficios de tu seguro es tu responsabilidad. Por favor, contacte con su compañía de seguros si tiene cualquier pregunta sobre su cobertura. Por favor, llama al número de teléfono que aparece en tu tarjeta de seguro antes de la cita y te ayudarán a averiguar si el servicio que se va a prestar en la cita está cubierto, cuál es tu copago y cuál es tu franquicia. Si tu seguro no cubre el coste de tu visita o procedimiento, serás responsable de los cargos de todos los servicios prestados.

COPAGOS Y DEDUCIBLES. Según tu plan de seguro, eres responsable de todos los copagos, franquicias y coseguros. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento de la notificación.

Aceptamos cheques, efectivo, crédito de Care y todas las principales tarjetas de crédito.

Se cobrará una tasa adicional de 30,00 \$ por cualquier cheque devuelto por fondos insuficientes o por cualquier otra razón por la que el cheque sea rechazado. Los cheques ya no estarán permitidos como método de pago si hay antecedentes de devolución de cheques.

SERVICIOS NO CUBIERTOS. Ten en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios que recibas pueden no estar cubiertos o no considerarlos médicamente necesarios por tu compañía de seguros. Debes pagar estos servicios y cualquier procedimiento estético en su totalidad en el momento de la visita.

PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS/NON_COVERED PROCEDIMIENTOS Los pacientes deben pagar la parte estimada de pago directo de los procedimientos electivos/no cubiertos antes de prestar los servicios.

SIN SEGURO/PAGO DIRECTO Se espera que los pacientes paguen los servicios en su totalidad en el momento de cada visita.

PRUEBA DE SEGURO. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario informativo antes de acudir al médico. Debemos obtener una copia de tu tarjeta de seguro válida actual para que te aporte el comprobante de tu seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro a tiempo, puede ser responsable del saldo de la reclamación.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES. Presentaremos tus reclamaciones y te ayudaremos en todo lo razonablemente posible para que tus reclamaciones sean pagadas. Tu compañía de seguros puede requerir que proporciones cierta información directamente. Es tu responsabilidad cumplir con su solicitud. El saldo pasa a ser tu responsabilidad si no se recibe ningún pago de la compañía de seguros.

REFERENCIAS: Si tu aseguradora requiere una derivación o autorización para tu visita, es tu responsabilidad asegurarte de que nuestra oficina reciba una autorización válida y vigente. Si no tiene una derivación o autorización válida en el momento del servicio, no podremos tratarle hasta que se obtenga una autorización o derivación válida, y puede que se le envíe de nuevo a su médico de cabecera para obtener autorización antes de ser tratado, o se esperará el pago completo en el momento del servicio. Por favor, recuerda notificar a un miembro del personal si tu seguro prefiere un laboratorio específico.

Agradecemos su comprensión de los requisitos siempre cambiantes de los planes de atención gestionada y nuestra posición de cumplir con sus políticas o requisitos.

CAMBIOS EN LA COBERTURA. Si tu seguro cambia, por favor avísanos antes de tu próxima visita para que podamos hacer los ajustes necesarios y ayudarte a obtener el máximo beneficio posible. Si tu compañía de seguros no paga tu reclamación en 45 días, el saldo se te facturará automáticamente.

NOMBRAMIENTOS: Todos los niños bajo el 18 años debe ir acompañado por un adulto con autoridad para tomar decisiones sanitarias y para firmar los formularios necesarios. Si el padre o tutor no puede estar presente **Formulario de autorización para tratar a un paciente menor en ausencia de padre o tutor** debe ser proporcionado. Puedes imprimir el formulario desde nuestra web yendo a readingderm.com y selección *Formularios para pacientes* o puede enviar una nota indicando que Reading Dermatology puede tratar al paciente según lo considere necesario y apropiado, de lo contrario la visita tendrá que reprogramarse.

CITAS PERDIDAS Entendemos que puede que no puedas cumplir con todas tus citas programadas o que en ocasiones llegues tarde. Por favor, entienda que las citas perdidas tienen un impacto perjudicial en nuestra consulta y en otros pacientes. También afectan nuestra capacidad para atender a otros pacientes que necesitan atención médica. Entendemos que puede haber mal tiempo u otras circunstancias que le obliguen a cancelar su cita. Si tienes que cancelar o reprogramar tu cita, hazlo al menos con 24 horas de antelación. No cancelar o reprogramar una cita con al menos 24 horas de antelación se considerará no presentarse. Nos reservamos el derecho de cobrarte 50,00 \$ por cualquier ausencia si la ley y tu contrato de seguro lo permiten. Se requerirá el pago de la cita perdida antes de programar otra cita. Reading Dermatology Associates se reserva el derecho de despedir a cualquier paciente con más de dos citas sin presentarse tras un aviso escrito de 30 días para que busque ayuda médica en otra consulta.

Si llegas tarde el día de tu cita debido a circunstancias imprevistas, por favor contacta con nuestra oficina inmediatamente para que podamos determinar si podemos verle ese mismo día o si será necesario reprogramar su cita. Si llegas más de 15 minutos tarde. Para una cita, Reading Dermatology puede reprogramar tu cita y negarse a verte a la hora originalmente programada.

Los depósitos de procedimientos cosméticos son **No reembolsable** A menos que se dé un aviso de (5) días antes de tu cita. Cualquier cancelación posterior hace que pierdas tu depósito.

FORMULARIOS. Podemos cobrar 20 dólares por formularios o cartas que un proveedor complete en tu nombre. Formularios de seguro FMLA, de discapacidad y suplementario.

Las copias de los registros para uso personal serán cobradas por la Commonwealth de Pensilvania por la tasa permitida.

ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare, Medicaid y seguros comerciales se realice en mi nombre a nombre del proveedor de servicios y proveedor de cualquier servicio proporcionado por ese proveedor de servicios y/o. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a facilitar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes, o a cualquier otra aseguradora y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagables por servicios relacionados.

Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) aseguradora(s), incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud/médico, que emitan cheques de pago directamente a Reading Dermatology Associates, por servicios médicos prestados a mí y/o a mis dependientes, independientemente de mis beneficios de seguro, si los hay. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad que no cubra el seguro o esta asignación.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a Reading Dermatology Associates: (1) divulgar cualquier información necesaria a las aseguradoras sobre mi enfermedad y tratamientos; (2) tramitar reclamaciones de seguros generadas durante el examen o tratamiento; y (3) permitir que una fotocopia de mi firma se utilice para tramitar reclamaciones de seguros por todos los servicios que me presta Reading Dermatology Associates. Esta orden permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

He leído y entiendo la política de la oficina y acepto cumplir sus directrices:

Nombre del paciente o parte responsable (IMPRESO):

Firma del paciente o parte responsable:

Fecha: _____