

Por favor llene completamente y regrese a la recepción.

El día de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 S.S. #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono móvil ( ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

Usted está otorgando Dermatología avanzada, P.C. permiso para usar su correo electrónico para contacto de emergencia, material educativo y otras comunicaciones y promociones. También está otorgando permiso para enviar recordatorios de citas de texto y voz a su teléfono.

¿Desea inscribirse en nuestro Portal para pacientes para acceder a los resultados de las pruebas, los reabastecimientos de recetas, etc. en línea? Para obtener beneficios adicionales, consulte la siguiente página.

Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F  Verifique si es menor de edad (menor de 18 años)  
 Estado civil:  Soltero  Soltero  Divorciado  
 Viudo  Separado  
 Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_  
 Idioma preferido \_\_\_\_\_

Referido por: Doctor / Firma / Amigo / Familia /  
 Artículo / Búsqueda en Internet / Sitio web del seguro / Nuestro sitio web / ZocDoc / Yelp / Healthgrades / Mailing, Postal

Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del amigo que se refiere: \_\_\_\_\_

Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado de la Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge / padre / tutor: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia médica (nombres de lista y números de teléfono)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Información de seguro de salud

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre  Cónyuge  Sí  Otro

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de identificación de seguro: \_\_\_\_\_

S.S. # de asegurados: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador / grupo: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Cantidad de copago \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene un plan de medicamentos con receta?  Sí  No

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre  Cónyuge  Sí  Otro

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de identificación de seguro: \_\_\_\_\_

S.S. # de asegurados: \_\_\_\_\_

\* Si alguna vez un cambio en la información del seguro o condición médica es importante, infórmenos.

**POR FAVOR LEA ESTA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN CUIDADOSAMENTE Y**

**SIGNO:** Toda la información en todas las secciones de este formulario, incluido: El historial médico y la política financiera son verdaderos y completos. estoy de acuerdo con informarle en visitas posteriores si tiene historial médico o seguro La información cambia, o si me mudo. Mi firma también se usará como "firma registrada" para fines de seguro, incluida cualquier información médica necesario para procesar el reclamo Doy permiso para que mi médico fotografías que se tomarán y se pueden utilizar para fines educativos propósitos. Por la presente, asigno mis beneficios de seguro a ser pagados directamente a Advanced Dermatology, P.C. He leído Dermatología avanzada P.C. actualiza la política financiera y acepta que soy el responsable final para todos los servicios no cubiertos y citas rotas, prestados para mí o mis dependientes.

**FIRMA AQUI** → \_\_\_\_\_  
 Imprimir el nombre del paciente

**FIRMA AQUI** → \_\_\_\_\_  
 Imprimir el nombre del paciente

I have read the HIPAA consent and if I do not sign this form below, Advanced Dermatology, PC may decline to provide treatment to me. My signature below states that I agree with its contents.

\_\_\_\_\_  
 Print Patient's Name

**SIGN HERE** → \_\_\_\_\_  
 Patient's or Guardian's Signature

## Política financiera

Gracias por elegir Advanced Dermatology, P.C. para sus cuidados dermatológicos. Con el fin de evitar cualquier malentendido con respecto a la responsabilidad con respecto al pago por gastos médicos / quirúrgicos y / o cualquier tarifa de laboratorio, se proporciona lo siguiente.

HMO / PPO / Otros Cobertura de seguro: Si tiene un seguro a través de una compañía con la que tenemos un contrato, necesitaremos una copia de su tarjeta de seguro y una licencia de conducir. Todos los copagos son pagaderos antes de ver al médico. Si su compañía de seguros requiere una referencia de su médico de atención primaria, esto debe estar presente en el momento del servicio. Si no proporciona toda la información necesaria, puede requerir que pague en su totalidad en la fecha de la visita. Es su responsabilidad llevar un registro de las fechas de vencimiento de referencia y el número de visitas que le da su médico de atención primaria. Usted será responsable de los servicios denegados por su compañía de seguros que no sean médicamente necesarios y / o no estén cubiertos. Si tiene cobertura con una compañía de seguros con la que no participamos (“fuera de la red”), el pago vence en el momento del servicio. Le proporcionaremos un recibo que puede enviar a su proveedor para que lo reembolse, si corresponde.

Medicare: nuestros médicos son proveedores participantes de Medicare y aceptan la asignación de Medicare, que es el cargo ADMISIBLE aprobado por Medicare. Medicare pagará el 80% de los cargos permitidos después de que pague su deducible anual. Usted es responsable de los montos aplicados a su deducible y del 20% del coseguro. Si tiene un seguro secundario, como cortesía, le enviaremos a ese proveedor en particular cualquier saldo restante. También será responsable de los servicios denegados por su compañía de seguros que no sean médicamente necesarios y / o no estén cubiertos. Laboratorio: Dependiendo de la política de su compañía de seguros, es posible que deba pagar un copago por separado por cualquier muestra tomada durante su visita. Pacientes de autopago (pagarán): Pacientes sin seguro, el garante es responsable de la factura en el momento del servicio.

Pacientes cosméticos: se requieren depósitos antes de la fecha del procedimiento. El saldo del pago es requerido antes del procedimiento que se realiza.

Pagos: utilizamos un servicio de cheques garantizados, que deduce automáticamente el monto de su cheque de su cuenta de inmediato. Esto es similar a cómo funciona su tarjeta de crédito o débito mostrándonos si hay fondos disponibles en su cuenta. Política de reembolso: no ofrecemos reembolsos en procedimientos médicos y cosméticos.

Política de cancelación: se aplicará un cargo de \$ 25 por todas las citas que no se presenten a menos que se otorgue un aviso de 24 horas. Se aplicará un cargo de \$ 100 por todas las citas quirúrgicas que no se presenten a menos que se otorgue un aviso con 24 horas de anticipación.

Cheques devueltos y cobros: se aplicará un cargo de \$ 25 por todos los cheques devueltos. En caso de que se lleve a cabo una acción de cobranza, usted acepta pagar cualquier costo de recolección y / o honorarios de abogados razonables.

Es nuestra política mantener las autorizaciones de cargos de tarjetas de crédito registradas, para asegurar el pago de los saldos de pacientes relacionados con seguros. Esta práctica les ahorra a nuestros pacientes la molestia de pagar facturas enviadas por correo, y evita el riesgo potencial para nuestros pacientes de las agencias de cobro y oficinas de crédito. Puede sentirse seguro compartiendo esta información con nosotros -

nuestra política es tratar su información financiera con el mismo respeto y pautas de privacidad como sus registros médicos. No guardamos copias de su tarjeta de crédito. Esta información se almacena en un sistema encriptado a través de nuestro comerciante de tarjeta de crédito.

Al proporcionar su información, usted autoriza el pago con servicios de tarjeta de crédito en la parte superior de la cobertura de su plan de beneficios médicos (incluido, entre otros, copago, coseguro, deducible, cobertura finalizada, procedimientos cosméticos, productos, falta de suministro estado del estudiante, y cualquier otra responsabilidad financiera del paciente como se describe en nuestros formularios de política de facturación y cobro firmados por cada paciente), para cargos de hasta \$ 250.00 por cada fecha de servicio obtenida por el paciente en cualquiera de nuestras oficinas, si los servicios pertenecen a MOHS, los cargos serán de hasta \$ 1000.00. Si su responsabilidad financiera excede esa cantidad, los primeros \$ 250.00 o \$ 1000.00 por fecha de servicio serán cargados a su tarjeta cuando recibamos la Explicación de Beneficios de su asegurador (ya sea por correo o electrónicamente), y se le facturará el saldo restante por correo.

Modified: 02/23/2018

## Consentimiento HIPAA

Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida

\_\_\_\_\_

Con mi consentimiento Advanced Dermatology, P.C. puede usar y divulgar Información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Consulte la Notificación de prácticas de privacidad de Advanced Dermatology, P.C. para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad. Dermatología avanzada, P.C. se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener una Notificación revisada de prácticas de privacidad enviando una solicitud por escrito a Advanced Dermatology, el Oficial de privacidad de P.C.

Con mi consentimiento Advanced Dermatology, P.C. puede llamar o enviar mensajes de texto a mi casa o teléfono celular u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica de llevar a cabo TPO como recordatorios de citas, renovaciones de recetas, resultados de laboratorio, artículos de seguros, todos los demás PHI y devolver llamadas solicitando una devolución de llamada.

Otros números designados:

() \_\_\_\_\_ Inicio / Celular / Oficina / Otro

() \_\_\_\_\_ Inicio / Celular / Oficina / Otro

() \_\_\_\_\_ Inicio / Celular / Oficina / Otro

Con mi consentimiento en la primera página, Advanced Dermatology, P.C. Puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación designada o enviarme por correo electrónico cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre que estén marcadas como personales y confidenciales. Acepto que mi PHI se comparta con mi cónyuge y las siguientes personas.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Tengo derecho a solicitar que Advanced Dermatology, P.C. restringir cómo usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones de solicitud. Si lo hace, está obligado por este acuerdo. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones confiando en el consentimiento previo.

\* Tenemos una copia impresa más grande de la Política financiera y las pautas HIPPAA completas disponibles para su revisión, si pedido.

**Ofrecemos una amplia variedad de servicios. ¿Estás interesado en alguno de los siguientes?**

- Acné cicatrizado / Poros dilatados
- Age Spots / Sun Spots
- Aumento de senos
- Vasos sanguíneos rotos / Venas araña
- Celulitis
- Doble reducción de mentón
- Reparación de orejas
- Levantamiento de párpados
- Sudoración excesiva
- Estiramiento facial
- Contorno facial
- Reducción de grasa (no quirúrgica)
- Reducción de Grasa (Quirúrgico)
- Depilación
- Aumento de labios
- Rejuvenecimiento labial
- Ajuste de la piel
- Stretch Marks
- Eliminación de tatuajes
- Bajo la oscuridad del ojo
- Rejuvenecimiento vaginal
- Arrugas

¿Estás interesado en alguna de nuestras líneas de cuidado de la piel?

- Acné
- Reducción de líneas finas
- Rejuvenecimiento de la piel
- Productos para el cabello
- Decoloración de la piel
- Sun Screens
- Hidratante

¿Hay algún otro producto que le interese?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Esta oficina ahora está acreditada para dispensar personalizada**

**medicamentos a un costo reducido en el momen-**

**to de su visita. ¿Estás interesado?**

Sí  No

### IMPORTANTE POR FAVOR LEA INSTRUCCIONES PARA LA SALA DE EXAMEN

• Por favor, retire la goma de mascar, los caramelos o cualquier alimento antes del examen.

• Apague todos los dispositivos electrónicos cuando salga de la sala de espera.

• Por favor, quítese el maquillaje facial antes de ser examinado.

• Si el desorden de uñas, por favor quita el esmalte de uñas (podemos proporcionar removedor)

• Si se desnuda, coloque la ropa en la silla y no en el mostrador.

• Por favor, manténgase solo calzoncillos y sujetador (opcional) cuando se someta a un examen corporal completo.

• Si tiene algún problema en la mano, generalmente nos gusta examinar los pies, así que quítese los zapatos y los calcetines.

Gracias por elegir Advanced Dermatology, P.C., una práctica de dermatología de primer nivel que se especializa en afecciones de la piel, el cabello y las uñas en adultos y niños. Además de las afecciones médicas, somos famosos por nuestra cirugía láser y cosmética y por lo último en tratamientos médicos. Actualmente presentamos la mayoría de los láseres cosméticos y de piel de cualquier práctica de grupo de instalaciones múltiples en Nueva York.

Visite nuestro sitio web muy informativo www.GetMeGreatSkin.com. En el sitio web, lo invitamos a ver nuestro libro de procedimientos antes y después, folletos y cintas de video sobre afecciones cosméticas y médicas, y artículos escritos por nuestros médicos y entrevistas con nuestros médicos en la prensa. También ofrecemos, en nuestro sitio web, información sobre la mayoría de las afecciones de la piel, hojas informativas sobre medicamentos y otros recursos. Puede consultar nuestro sitio web para próximos eventos y otra información informativa.

www.GetMeGreatSkin.com

Inscripción al Portal del Paciente

¡Sí! Me gustaría inscribirme en el Portal del paciente

Nos complace anunciar nuestro nuevo sistema de comunicación privado / seguro / Patient Portal que le permite comunicarse con nuestra oficina a través de un sitio web protegido y encriptado. Regístrese en Portal Access y tendrá la posibilidad de:

- Recibir resultados de prueba
- Solicitar recarga de prescripción
- Contacte a nuestro personal de citas
- Contactar a los coordinadores de procedimientos

Para cualquier pregunta que no sea urgente con respecto a su atención médica, medicamentos, citas, problemas de seguro y programación quirúrgica, envíenos un correo electrónico y le responderemos con prontitud. Para todos los asuntos urgentes, continúe llamando a la oficina directamente.

Le recomendamos que participe en este programa para mejorar nuestro servicio para usted. Si marca sí anteriormente, recibirá un correo electrónico cuyo tema será “Un mensaje importante de Dermatología avanzada”. Dentro de ese correo electrónico, habrá varios enlaces que le permitirán **conectarse** al portal para completar Tu registro. Si no recibe ningún mensaje, asegúrese de revisar su carpeta de correo no deseado y su correo no deseado configuraciones.

Modified: 02/23/2018

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy / queja principal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último examen físico (fecha)?

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: () \_\_\_\_\_

Recomendamos encarecidamente un examen corporal completo para la detección del cáncer de piel. ¿Te gustaría programar una cita para ese examen?

Sí  No

## HISTORIA PERSONAL DE LA PIEL

Carcinoma de células basales  Sí  No

Carcinoma de células escamosas  Sí  No

Melanoma  Sí  No

Ubicación / año / profundidad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias  Sí  No

Comida  Sí  No

Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Medio ambiente  Sí  No

Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

Psoriasis  Sí  No

Radioterapia  Sí  No

Ecceema  Sí  No

¿Alguna vez has tenido una quemadura de sol?  Sí  No

# de veces \_\_\_\_\_

Otras afecciones de la piel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez te han hecho algún procedimiento de cirugía

láser, cosmética o plástica?  Sí  No

Procedimientos / cuándo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere otras operaciones, cirugía o enfermedades:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna vez has sido visto en cualquier Avanzado

Dermatología, P.C. ¿oficina?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Qué oficina? \_\_\_\_\_

Visto por otro dermatólogo?  Sí  No

Quién / Cuándo / Para qué problemas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido o tiene alergias a estos

medicamentos?

Reacción a: (Por favor marque) Tipo de reacción / Fecha

Penicilina  Sí  No \_\_\_\_\_

Lidocaína  Sí  No \_\_\_\_\_

Látex  Sí  No \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consumo de tabaco (circule uno): exfumador / nunca

fumador

Fumador cotidiano actual / actual Fumador / desconocido

algún día si alguna vez fumo

\_\_\_\_\_

Medicamentos  Sí  No

Medicamentos orales actuales, hierbas, alimentos saludables, suplementos, píldoras anticonceptivas, etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aspirina / Aleve / Advil / etc.  Sí  No

Anticoagulantes  Sí  No

Accutane  Sí  No

Uso anterior de Accutane?  Sí  No

¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_

Medicamentos y cremas tópicos y de venta libre actuales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA PASADA

\_\_\_\_\_

Artritis ..... Sí  No

Asma / Bronquitis ..... Sí  No

Problemas de sangrado  Sí  No

Cáncer ..... Sí  No

Escriba / cuando \_\_\_\_\_

Quimioterapia ..... Sí  No

Varicela ..... Sí  No

Problemas circulatorios  Sí  No

Diabetes ..... Sí  No

Insulina dependiente .... Sí  No

Abuso de drogas o alcohol  Sí  No

Glaucoma ..... Sí  No

Fiebre del heno ..... Sí  No

Enfermedad cardíaca ... Sí  No

Tipo de Hepatitis ..... Sí  No

Herpes ..... Sí  No

Presión arterial alta ..... Sí  No

Colesterol alto ..... Sí  No

VIH / SIDA ..... Sí  No

Cicatrices queloides / agrandadas  Sí  No

Sensibilidad al látex ..... Sí  No

Presión arterial baja ..... Sí  No

Bajo Condición de Plaquetas  Sí  No

Enfermedad pulmonar  Sí  No

Prolapso de la válvula mitral/

Reemplazo de la válvula  Sí  No

Marcapasos / Desfibrilador  Sí  No

Heridas pobres / no curativas  Sí  No

Atención psiquiátrica ... Sí  No

Problemas sinusal ..... Sí  No

Enfermedad venérea / sexual  Sí  No

\_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

Carcinoma de células basales  Sí  No

Carcinoma de células escamosas  Sí  No

Melanoma  Sí  No

\_\_\_\_\_

Quién / ubicación:

\_\_\_\_\_

Alergias  Sí  No

Tipo: \_\_\_\_\_

Asma / Bronquitis  Sí  No

Psoriasis  Sí  No

Ecceema  Sí  No

Lupus  Sí  No

Otras afecciones de la piel / explicación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia social

¿Bebes alcohol?  Sí  No

¿Cuánto cuesta? \_\_\_\_\_

¿Usas drogas?  Sí  No

Períodos regulares?  Sí  No

Use anticonceptivos?  Sí  No

¿Estás embarazada ahora?  Sí  No

¿Estás amamantando ahora?  Sí  No

Alguna vez has estado embarazada?  Sí  No

Número de embarazos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso (lbs) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otra información pertinente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_