

| INFORMACION DEL PACIENTE | | | | |
|--|--|--------------------------|-----------------------------------|--|
| Apellido del paciente | Primer nombre | MI | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra |
| Teléfono móvil | Teléfono de casa | Teléfono del trabajo | | Teléfono Preferido <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil |
| Domicilio del paciente | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fuiste referido por otro médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indique su nombre a continuación: | | | | |
| Médico de atención primaria | Teléfono del medico de atención primaria | Médico de referencia | | |
| Nombre de la farmacia | Teléfono de la farmacia | Domicilio de la farmacia | | |

| INFROMACIÓN DE FACTURACIÓN Y SEGURO | | | | |
|--|--|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Persona responsable | | | | |
| Nombre (Si no es paciente) | | Teléfono | Relación con el paciente | |
| Domicilio | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Seguro primario | | | | |
| Nombre del asegurado (como aparece en la tarjeta del seguro) | | Relación con el paciente | Fecha de Nacimiento del asegurado | Número de teléfono del asegurado |
| Domicilio de asegurado | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Compañía de seguro | | Plan de seguro | | Número de teléfono del seguro |
| Domicilio del seguro | | Número de grupo | | Número de identificación de miembro |
| Seguro Secundario | | | | |
| Nombre del asegurado (como aparece en la tarjeta del Seguro) | | Relación con el paciente | Fecha de Nacimiento del asegurado | Número de teléfono asegurado |
| Compañía de seguros | | Plan de Seguro | | Número de teléfono del Seguro |
| Domicilio del seguro | | Número de grupo | | Número de identificación de miembro |

| PREFERENCIAS DE INFORMACION MEDICA | |
|--|--|
| Podemos enviarle recordatorios de mensajes de texto móviles de su cita? (Por favor marque sí o no) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | |
| Podemos dejar mensajes con respecto información o citas en su: Teléfono móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Teléfono de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cuál es el mayor momento para contactarte? |
| Prefiere un mensaje breve o detallado? <input type="checkbox"/> BREVE <input type="checkbox"/> DETALLADO | |
| Autorizo la divulgación de información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que se me hizo y la información de las reclamaciones a las siguientes personas: | |
| Nombre | Numero de teléfono Relación con el paciente |
| Nombre | Numero de teléfono Relación con el paciente |

| CONTACTO DE EMERGENCIA | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| Nombre del contacto de emergencias | Número(s) de teléfono de contacto de emergencia | Relación con el paciente |

Firma del paciente o tutor autorizado

Nombre impreso del paciente o tutor autorizado

Fecha

RESUMEN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Esta es una versión condensada de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Nuestra oficina completa sigue este resumen.

Entendemos que su información médica es personal para usted, y estamos comprometidos a proteger su información. Como nuestro paciente, creamos registros médicos sobre su salud, nuestra atención y los servicios y / o artículos que le brindamos como nuestro paciente. Por ley, estamos obligados a asegurarnos de que su información médica protegida se mantenga privada.

¿Cómo utilizaremos o divulgaremos su información? Aquí hay algunos ejemplos (para obtener más detalles, consulte el Aviso de prácticas de privacidad que se encuentra a continuación de este resumen):

- Para tratamiento médico
- Para investigación
- Obtener pago por nuestros servicios.
- Para evitar una grave amenaza a la salud o seguridad.
- En situaciones de emergencia
- Para la donación de órganos y tejidos.
- Para citas y recordatorios de recordatorios de pacientes.
- Para programas de compensación al trabajador.
- Para ejecutar nuestra práctica de manera más eficiente y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad.
- En respuesta a ciertas solicitudes derivadas de juicios u otras disputas
- Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la Práctica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante la Práctica, contacte a nuestro controlador. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.
- Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información que mantenemos sobre usted. Estos derechos incluyen:
 - El derecho de inspeccionar y copiar
 - El derecho a solicitar restricciones.
 - El derecho a enmendar
 - El derecho a una copia en papel de este aviso.
 - El derecho a una contabilidad de las revelaciones.
 - El derecho a solicitar información confidencial. comunicaciones

Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el aviso detallado de prácticas de privacidad que se encuentra a continuación de este resumen.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud individualmente identificable que usemos o divulguemos en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel o de manera oral confidencial. Esta Ley le otorga a usted, el paciente, el derecho a comprender y controlar cómo se usa su información de salud protegida ("PHI"). HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información de salud protegida.

Como lo requiere HIPAA, preparamos esta explicación de cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos divulgar su información personal.

Podemos usar y divulgar sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operación de atención médica.

- Tratamiento significa proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría referirlo a un especialista en retina.
- Pago significa actividades tales como obtener un reembolso por servicios, confirmar la cobertura, actividades de facturación o cobranza y revisión de utilización. Un ejemplo de esto incluiría enviar a su compañía de seguros una factura por su visita y / o verificar la cobertura antes de una cirugía.

- Las operaciones de atención médica incluyen aspectos comerciales de la ejecución de nuestra práctica, como realizar evaluaciones de calidad y mejorar actividades, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo de esto serían las nuevas tarjetas de encuesta de pacientes.
- La práctica también puede divulgar su PHI por razones de aplicación de la ley y otras razones legítimas, aunque haremos todo lo posible para garantizar su confidencialidad continua en la medida de lo posible.

También podemos crear y distribuir información de salud no identificada eliminando toda referencia a información identificable individualmente.

Podemos comunicarnos con usted, por teléfono o por escrito, para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, además de otras comunicaciones de recaudación de fondos, que puedan ser de su interés. Usted tiene el derecho de "no participar" con respecto a recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos.

El siguiente uso y divulgación de PHI solo se realizará de acuerdo con que recibamos una autorización por escrito de usted:

- La mayoría de los usos y divulgación de notas de psicoterapia;
- Usos y divulgación de su PHI con fines de marketing, incluido el tratamiento subsidiado y las operaciones de atención médica;
- Revelaciones que constituyen una venta de PHI bajo HIPAA; y
- Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso.

Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a cumplir y cumplir con esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas que se basan en su autorización.

Es posible que tenga los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- El derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de la PHI, incluidas aquellas relacionadas con la divulgación de información de miembros de la familia, otros familiares, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con una restricción de solicitud, excepto en circunstancias limitadas que explicaremos si usted lo solicita. Si aceptamos la restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El derecho de inspeccionar y copiar su PHI.
- El derecho a modificar su PHI.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su PHI.
- El derecho a obtener una copia en papel de este aviso de parte nuestra a pedido.
- El derecho a ser informado si su PHI desprotegida se revela intencionalmente o no.

Si ha pagado los servicios "de su bolsillo", en su totalidad, y solicita que no divulguemos la PHI relacionada únicamente con esos servicios a un plan de salud, atenderemos su solicitud, excepto cuando la ley nos exija hacer una divulgación. .

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su PHI y que le proporcionemos el aviso de nuestros deberes legales y nuestra práctica de privacidad con respecto a la PHI. Este aviso es efectivo a partir del 01/01/2018 y es nuestra intención cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad y los Reglamentos de HIPAA actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y de poner en vigencia la nueva disposición de aviso para toda la PHI que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia por escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad revisado en nuestra oficina.

Puede recurrir si cree que su oficina ha violado sus protecciones. Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito ante nuestra oficina o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

No dude en ponerse en contacto con el Oficial de Cumplimiento de la Práctica por escrito para obtener más información.

| | | |
|---------------|--------------|----------------------------|
| Nombre | Fecha | Fecha De Nacimiento |
|---------------|--------------|----------------------------|

Razón de la Visita:

Historia Medica Pasada

Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones medicas que tiene actualmente:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Cancer de Prostata |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion |
| <input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Transplante de medulla osea | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> BPH | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | | <input type="checkbox"/> Cancer de Pulmon | _____ |

HISTORIAL DE CIRUGIA PASADA

Ha tenido alguna cirugia en los siguientes organos?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apendice (Apendicectomia) | <input type="checkbox"/> Hígado _____ | <input type="checkbox"/> Piel: Carcinoma de Células Escamosas |
| <input type="checkbox"/> Vejiga (Cistectomia) | <input type="checkbox"/> Ovarios _____ | <input type="checkbox"/> Bazo (Esplenectomía) |
| <input type="checkbox"/> Pecho _____ | <input type="checkbox"/> Páncreas: Pancreatectomía | <input type="checkbox"/> Testiculos (Orquiectomia) |
| <input type="checkbox"/> Colon _____ | <input type="checkbox"/> Próstata _____ | <input type="checkbox"/> Útero (Histerectomía) |
| <input type="checkbox"/> Vesicula Biliar (Colecistectomia) | <input type="checkbox"/> Recto _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Corazon _____ | <input type="checkbox"/> Piel: Carcinoma de Células Basales | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> reemplazo de articulaciones _____ | <input type="checkbox"/> Piel: Melanoma | |
| <input type="checkbox"/> Riñon _____ | <input type="checkbox"/> Piel: Biopsia de Piel | |

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE LA PIEL

Has tenido alguno de los siguientes?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Hay Fever / Alergias |
| <input type="checkbox"/> Queratosis Actínicas | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hierda Venenosa |
| <input type="checkbox"/> Cáncer De Piel De Células Basales | <input type="checkbox"/> Lunares Precancerosos |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras De Sol Abrasadoras | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Piel Seca | <input type="checkbox"/> Cáncer De Piel De Células Escamosas |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Descamación O Picazón Del Cuero Cabelludo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Usas protector solar? Si No
 Si es así, que SPF? _____

Te bronceas en un salón de bronceado?
 Si No

Tiene antecedents familiares de melanoma?
 Si No
 Si es así, cual pariente? _____

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Listar todos los medicamenots actuales:

Enumerar todas las alergias y reacciones si se conocen:

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

HISTORIA FAMILIAR

| | |
|--------|----------|
| Madre: | Hermana: |
| Padre: | Hermano: |
| | Niños: |

HISTORIA SOCIAL
Estatus De Fumar (por favor elige uno):

- Actual fumador todos los días.
 Fumador actual de algún día.
 Ex fumador
 Nunca fumador
 Desconocido si alguna vez fumado

Start smoking (mm/dd/yyyy): _____

Quit smoking (mm/dd/yyyy): _____

Number of Packs per Day: _____

Total Years Smoking: _____

Consumo de alcohol (por favor elija uno):

- Ninguna
 1 o menos por día
 1-2 por día
 3 o mas por día

Cual es su consume de cafeína?

- Sin especificar
 Carias veces al día
 Una vez al día
 Algunas veces a la semana
 Un par de veces a la semana
 Nunca
 Otro _____

How often do you exercise?

- Sin especificar
 Varias veces al día
 Una vez al día
 Algunas veces a la semana
 Un par de veces al mes
 Nunca
 Otro _____

Estado de conducción

- Conducir en el día
 Conducir en la noche

Ocupación/Lugar de trabajo: _____

Lugar de residencia: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor, marque si o no para lo siguiente:

| Si | No | | Si | No | | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre o escalofríos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Immunosupresion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Debilidad muscular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudores noturnos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rigidez en el cuello |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de peso involuntaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con el sangrado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas tiroideos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con la curacion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con la cicatrices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Visión borrosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erupció | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sibilancias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios en los lunares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heces con sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Picazón de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orina sangrienta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sequedad de la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores en las articulaciones | | | |

ALERTAS

Por favor, marque sí o no para lo siguiente:

| Si | No | | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis C Positiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulaciones artificiales en los últimos dos años |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH positive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anticoagulantes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia al adhesivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a la lidocaína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MRSA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergia a las pomadas antibióticos tópicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latidos rápidos con epinefrina |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazo o planificación de un embarazo |



POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir Elite Dermatology como su proveedor de atención médica. Proporcionar atención médica de calidad para nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. El siguiente es un resumen de nuestra política financiera. Estaremos encantados de proporcionar más aclaraciones si es necesario. Le pedimos que lea y firme lo siguiente para reconocer que se le ha informado sobre su responsabilidad financiera por los servicios médicos que se brindan aquí.

Antes de ver a un profesional médico en Elite Dermatology, un miembro del personal hablará con usted sobre los posibles costos involucrados en su (s) procedimiento (s) y revisará su responsabilidad financiera.

Aceptamos ciertos planes de seguro; por lo tanto, por favor envíenos su tarjeta de seguro. Le informaremos si su plan es uno para el cual estamos designados como proveedores. Si desea que lo vean en Elite Dermatology, usted es responsable del pago de todos los copagos y / o cargos deducibles en el momento del servicio. Si su seguro es un plan para el cual no somos un proveedor designado, estamos más que dispuestos a brindarle atención y usted será responsable del pago en el momento del servicio. Recuerde que las pólizas de seguro pueden no cubrir todas las condiciones y tarifas. Para estar completamente al tanto de su calendario de beneficios, lea su póliza de seguro o hable con un representante de seguros.

Aceptamos Medicare y archivaremos todos los formularios para pacientes con Medicare, así como cualquier tarjeta de seguro secundario.

Algunos procedimientos realizados en el Elite Dermatología se consideran cosméticos y no serán cubiertos por el seguro. Cualquier análisis de laboratorio que necesitemos, pero que no realicemos internamente, se enviará a un laboratorio externo según lo requiera su seguro. Es posible que reciba una factura por separado por los servicios de laboratorio.

Aceptamos pagos en efectivo, tarjeta de crédito o débito. No aceptamos cheques.

Declaraciones y correspondencia de facturación. se envían solo cuando tiene un saldo en su cuenta. Mostrarán si su compañía de seguros ha cumplido con su obligación contigo, el propietario de la póliza, de pagar las reclamaciones de manera oportuna. Los estados de cuenta mostrarán los pagos de seguro y su saldo restante.

Si no va a poder asistir a una cita programada, se solicita un aviso con **24 horas de anticipación** para la **cancelación** o **reprogramación**. Si no lo hace, nos reservamos el derecho de cobrar la siguiente "tarifa por cancelación tardía o no presentación:" **\$ 25.00** para una visita a la oficina | **\$ 50.00** para una visita de procedimiento (cirugía) | **\$ 100.00** para una cita cosmética

Usted tiene derecho a una copia de sus registros médicos. **Se puede incurrir en un cargo a petición.**

He leído esta política financiera y entiendo que tengo la responsabilidad financiera del pago de los servicios médicos proporcionados por Elite Dermatology, y por este medio asumo y garantizo el pago de todos los gastos incurridos durante mi visita al consultorio. Si se requiere una acción legal para asegurar el pago de esta cuenta, acepto pagar los gastos legales incurridos por esta oficina.

Firma del responsable

Fecha

PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Como se requiere como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA)

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección concerniente a los Derechos del Paciente bajo la ley. El Aviso está disponible para usted en la recepción a su solicitud. **Puede revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento.** El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y comprende nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y está de acuerdo con nuestro uso y divulgación de su información médica protegida con el propósito de tratamiento, cobertura y pago de su compañía de seguros de salud y las operaciones generales de atención médica. . Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito con su firma.

Firma del responsable

Fecha



Asistente Médico

Consentimiento para Evaluación y / o Tratamiento

Elite Dermatology

Este centro cuenta con un asistente médico para ayudar en la prestación de atención médica.

Un asistente médico no es un médico. Un asistente médico se graduó de un programa de capacitación certificado y tiene licencia de la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico puede diagnosticar, tratar y controlar enfermedades comunes agudas y crónicas, así como brindar atención de mantenimiento de la salud.

La "supervisión" no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien supervisar las actividades y aceptar la responsabilidad de los servicios médicos prestados.

Un asistente médico puede proporcionar dichos servicios médicos que están dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historias y realizar exámenes físicos
- Ordenar y / o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formular un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Monitorear la efectividad de las intervenciones terapéuticas
- Ayudar en la cirugía
- Ofrecer asesoramiento y educación
- Proporcionar muestras de medicamentos y escribir recetas (donde lo permita la ley)
- Hacer referencias apropiadas

He leído lo anterior y por este medio consiento los servicios de un asistente médico para mis necesidades de atención médica.

Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver al asistente médico y solicitar ver a un médico.

Firma del paciente o tutor autorizado

Nombre impreso del paciente o tutor autorizado

Fecha



Elite Dermatology entiende que a veces es necesario posponer o cancelar una cita. Revise nuestras pautas para tales situaciones y asegúrese de notificarnos lo antes posible si tiene un cambio de planes que requiera una reprogramación o cancelación.

Política de cancelación cosmética

En caso de que surja una situación que pueda hacer que re programe, posponga o cancele un procedimiento cosmético, Elite Dermatology requiere un aviso de cancelación de 48 horas.

Si cancela cualquier procedimiento cosmético con menos de 48 horas de antelación, retendremos el depósito no reembolsable.

Reembolsos

Una vez que se prestan los servicios o se venden los productos, no hay reembolsos. Los procedimientos cosméticos no tienen garantía (garantizada o implícita) de ningún resultado determinado. La falta percibida de mejora en la condición de uno no se traduce en ningún tipo de reembolso.

Agradecemos su cortesía.

Gracias por elegir Elite Dermatology.

Nombre del paciente Firma del paciente Fecha