

CONSENTIMIENTO DEL ASISTENTE MÉDICO

Esta instalación tiene en el personal un asistente médico para ayudar en la prestación de atención médica.

Un asistente médico no es un médico. Un asistente médico es un graduado de una formación certificada programada y está autorizado por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como proporcionar cuidados de mantenimiento de la salud.

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

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

- Obtención de historias y realización de exámenes físicos
- Ordenar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formulación de un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Seguimiento de la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Realización de cirugías menores
- Ofrecer asesoramiento y educación
- Suministro de muestras de medicamentos y redacción de recetas (donde lo permita la ley)
- Realización de procedimientos cosméticos: rellenos dérmicos, Botox, Dysport, Jeuveau, inyecciones de PRP
- Hacer referencias apropiadas

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para 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.

Nombre impreso del paciente

Firma del Paciente

Fecha

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

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

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y comprende nuestro Aviso de Privacidad Practicas y consentimiento para nuestro uso y divulgación de información de salud protegida sobre usted para el propósito de salud protegida sobre usted para el propósito del tratamiento, la cobertura y el pago de su compañía de seguros de salud y operaciones generales de atención de la salud. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito con su firma.

Nombre impreso del paciente

Firma del Paciente

Fecha

POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y REEMBOLSOS DE COSMÉTICOS

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

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 anticipación, perderá su depósito no reembolsable como cargo por no presentarse. También estará sujeto a una tarifa de cancelación del 10% del cargo total.

Todos los servicios cosméticos prepagados incluyendo series/paquetes de procedimientos DEBEN usarse dentro de los 12 meses (1 año) posteriores a la compra. Cualquier depósito o dinero pagado por servicios cosméticos que no se utilice dentro de los 12 meses posteriores al pago se perderá como cargo por no presentarse.

Cualquier depósito o pago de cirugía plástica que no se utilice dentro de los 12 meses (1 año) del pago se perderá como cargo por no presentarse.

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

Agradecemos su cortesía.

Gracias por elegir Elite Dermatology.

Nombre impreso del paciente

Firma del Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A MENORES

POR FAVOR FIRME SI CORRESPONDE

Por lo presente doy mi consentimiento para que mi hijo (menor de 18 años) sea tratado por el médico y/o personal de Elite Dermatology, en mi ausencia.

He leído lo anterior y doy mi consentimiento para los servicios del personal de Elite Dermatology para las necesidades de salud del niño.

Gracias por elegir Elite Dermatology.

Nombre impreso del paciente

Firma del Paciente

Fecha

Los estados de cuenta y la correspondencia de facturación se envían solo cuando tiene un saldo en su cuenta. Mostraran si su compañía de seguros ha cumplido con su obligación hacia usted, el titular de la póliza, de pagar las reclamaciones de manera oportuna. Los estados de cuenta mostraran los pagos del seguro y el saldo restante.

En algunos casos, después de que se hayan pagado los saldos del seguro y de pago por cuenta propia, es posible que tenga un crédito en su cuenta. Si tiene una próxima cita, este crédito quedará en su cuenta para ser aplicado a sus futuras visitas. Si no tiene una próxima cita, se procesará un reembolso (mediante tarjeta de crédito o cheque) para todos los créditos superiores a \$10. Los créditos inferiores a \$10 permanecerán en su cuenta para uso futuro, a menos que usted (el paciente) solicite específicamente la devolución de los fondos. Si el saldo no se usa o no ha habido ninguna comunicación de su parte con respecto a este saldo en 3 años, la ley estatal nos exige que informemos el saldo al Estado como propiedad no reclamada.

Si no va a poder asistir a una cita programada, se solicita un aviso con 24 horas de anticipación. Si no lo hace, nos reservamos el derecho de cobrar el siguiente "cargo por cancelación tardía o no presentación:"

\$35.00 por una visita al consultorio | \$75.00 por visita de procedimiento (cirugía) | \$100.00 para citas de cirugía estética o MOHS.

Tiene derecho a una copia de sus registros médicos. Se puede incurrir en un cargo a pedido.

He leído esta política financiera y entiendo que tengo la responsabilidad financiera por el pago de los servicios médicos proporcionados por Elite Dermatology, y por la presente 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.

Nombre impreso del paciente.

Firma del paciente

Fecha

FORMULARIO DE POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir a Elite Dermatology como su proveedor de atención médica. Brindar atención medica de calidad a nuestros pacientes es nuestra preocupación principal. 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 ha sido informado de su situación y responsabilidad financiera por los servicios médicos proporcionados aquí.

Le enviaremos la facture a su compañía de seguros como cortesía si somos un proveedor designado en su plan de Seguro. Aceptamos Medicare y presentaremos todos los reclamos para pacientes con Medicare, así como cualquier tarjeta de Seguro secundario. 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. Para facturar correctamente a su compañía de seguros, le solicitamos que divulgue toda la información del seguro, incluido el seguro primario y secundario, así como cualquier cambio de nombre, dirección o información del seguro. Si no se proporciona la información personal y del seguro completo, el paciente puede ser responsable de la factura completa.

Si desea que lo atiendan en Elite Dermatology, usted es responsable del pago de todos los copagos o cargos deducibles en el momento del servicio. Un miembro del personal discutirá con usted nuestra mejor estimación de los costos probables involucrados en su(s) procedimiento(s) y revisará su responsabilidad financiera. Dado que el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros la que toma la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Una vez que se haya procesado su reclamo de seguro, se le enviara una decisión oficial en forma de EOB (explicación de beneficios). Entiendo que si mi seguro no paga soy responsable del pago. Recuerde que es posible que las pólizas de seguro no cubran todas las condiciones y tarifas; incluso algunos cuidados que usted y su proveedor de atención medica tienen buenas razones para pensar que necesita. Para estar completamente al tanto de su programa de beneficios, lea su póliza de seguro o hable con un representante de seguros.

Algunos procedimientos realizados en Elite Dermatology se consideran cosméticos y no estaran cubiertos por el seguro. Usted será financieramente responsable de estos servicios. Cualquier análisis de laboratorio que solicitemos, pero que no realicemos internamente, se enviara 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 y con tarjeta de crédito o débito. No aceptamos cheques.

Es posible que su seguro no cubra las citas de telemedicina, si este es el caso, usted será responsable del costo de pago por cuenta propia.



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

- Fiebre o escalofríos
- Sudores noturnos
- Pérdida de peso involuntaria
- Problemas con el sangrado
- Problemas con la curacion
- Problemas con la cicatrices
- Erupció
- Cambios en los lunares
- Picazón de la piel
- Sequedad de la piel

Si No

- Inmunosupresion
- Fiebre de heno
- Dolor de pecho
- Problemas tiroideos
- Dolor de garganta
- Visión borrosa
- Dolor abdominal
- Heces con sangre
- Orina sangrienta
- Dolores en las articulaciones

Si No

- Debidad muscular
- Rigidez en el cuello
- Dolores de cabeza
- Convulsiones
- Tos
- Falta de aliento
- Sibilancias
- Ansiedad
- Depresión

ALERTAS

Por favor, marque sí o no para lo siguiente:

Si No

- Hepatitis C Positiva
- VIH positive
- Alergia al adhesivo
- Alergia a la lidocaína
- Alergia a las pomadas antibióticos tópicos
- Válvula cardiaca artificial

Si No

- Articulaciones artificiales en los últimos dos años
- Anticoagulantes
- Desfibrilador
- MRSA
- Marcapasos
- Latidos rápidos con epinefrina
- Embarazo o planificación de un embarazo

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 (Esplenectomia) |
| <input type="checkbox"/> Pecho _____ | <input type="checkbox"/> Páncreas: Pancreatectomia | <input type="checkbox"/> Testiculos (Orquiectomia) |
| <input type="checkbox"/> Colon _____ | <input type="checkbox"/> Próstata _____ | <input type="checkbox"/> Útero (Histerectomia) |
| <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 | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Abrasadoras | <input type="checkbox"/> Cáncer De Piel De Células Escamosas |
| <input type="checkbox"/> Piel Seca | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Descamación O Picazón Del Cuero Cabelludo | |

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

Te bronceas en un salón de bronceado?
 Si No

Tiene antecedentes 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:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____