



**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**

<b>Persona respnsable</b>				
Nombre (Si no es paciente)		Teléfono	Relación con el paciente	
Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
<b>Seguro primario</b>				
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
<b>Seguro Secundario</b>				
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"/> SI <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

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

### HISTORIAL DE CIRUGIA PASADA

**Ha tenido alguna cirugia en los siguientes organos?**

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

### HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE LA PIEL

**Has tenido alguno de los siguientes?**

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

**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:



**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 articuciones			

**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

## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) entiendo y acepto que soy responsable de los cargos totales por los servicios prestados y que Elite Dermatology puede facturar a mi compañía de seguros, si corresponde, como cortesía.

En consideración de los servicios prestados, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a Elite Dermatology para mí y mi "dependiente", si corresponde, todos los derechos, títulos e intereses en los beneficios pagaderos por los servicios prestados que se proporcionan en cualquier póliza de seguro o planes de salud grupales bajo los cuales estamos asegurados o brindamos cobertura para beneficios de salud con el fin de otorgar a Elite Dermatology un derecho independiente de recuperación basado en mis derechos bajo dichas pólizas o planes de salud grupales. ESTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA.

Por la presente nombro a Elite Dermatology como mi(s) representante(s) debidamente autorizado(s) y apoderado para actuar en nuestro nombre, buscar el pago de mis reclamos de beneficios y ejercer mis derechos a la cobertura médica y los beneficios que se derivan de dicha cobertura, para presentar apelaciones relacionadas con dichos reclamos y solicitar documentos relevantes para dichos reclamos y dirigir y autorizar a cualquier pagador a comunicarse con dichos representantes autorizados con respecto a todos nuestros reclamos de beneficios con respecto a Elite Dermatology.

Por la presente, ordeno que el pago de dichos planes, políticas y programas se realice directamente a Elite Dermatology por los servicios y artículos que se me brindaron a mí y a mis dependientes. En caso de que se me haga un pago contrario a este acuerdo, entregaré el pago en su totalidad de inmediato a Elite Dermatology.

Además, asigno a Elite Dermatology y sus agentes todos los derechos, reclamos o causas de acción que pueda tener para solicitar y obtener documentos de cualquier plan de salud y sus aseguradoras afiliadas, empleadores y administradores externos que se relacionen con la cobertura o no cobertura de beneficios o pago de cargos por atención médica, incluidos, entre otros, mi certificado de cobertura, póliza y/o descripción resumida del plan; cualquier póliza maestra o documento del plan rector que difiera del certificado de cobertura, póliza y/o descripción resumida del plan; copias de cualquier política o procedimiento utilizado para decidir mi reclamo; y una copia completa de cualquier otra información de adjudicación de reclamos para que Elite Dermatology pueda determinar si se llevó a cabo una revisión completa y justa de mi reclamo.

Yo asigno a Elite Dermatology y sus agentes mis derechos y cualquier reclamo o causa de acción que pueda tener para cobrar cualquier sanción por la falla de mi plan de salud en producir oportunamente esta información requerida.

Si mi cuenta entra en mora y se remite a un abogado o a una agencia de cobro, acepto que pagaré todos los cargos, intereses a partir de la fecha de vencimiento al dieciocho por ciento (18%) o la tasa máxima permitida por la ley, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de cobro.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre de los Representantes (si el paciente es dependiente): \_\_\_\_\_

Firma\*: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\*Para ser firmado por el Paciente o, si el Paciente es un dependiente, El Representante del paciente.

---

## RESUMEN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Esta es una versión resumida de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Nuestro Aviso completo 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, la atención que le brindamos y los servicios o artículos que le brindamos como nuestro paciente. Por ley, estamos obligados a asegurarnos de que su información de salud protegida se mantenga privada.

¿Cómo usaremos o divulgaremos su información? Estos son algunos ejemplos (para obtener más detalles, consulte el Aviso de prácticas de privacidad que sigue a este resumen):

- Para tratamiento médico
- Para investigación
- Para obtener el pago de nuestros servicios
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad
- En situaciones de emergencia
- Para la donación de órganos y tejidos
- Para recordatorios de citas y retiro de pacientes
- Para programas de compensación de trabajadores
- Para operar 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, comuníquese con nuestro controlador. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.
- Tiene ciertos derechos con respecto a la información que mantenemos sobre usted. Estos derechos incluyen:
  - El derecho a inspeccionar y copiar
  - El derecho a solicitar restricciones
  - El derecho a enmendar
  - El derecho a una copia impresa de este aviso
  - El derecho a la rendición de cuentas de las divulgaciones
  - El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Aviso de prácticas de privacidad detallado que sigue a este resumen.

---

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, se conserven correctamente. confidencial. Esta Ley le otorga a usted, el paciente, el derecho de comprender y controlar cómo se utiliza su información médica protegida ("PHI"). HIPAA prevé sanciones para las entidades cubiertas que hagan mal uso de la información médica 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 brindar, 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 el reembolso de los servicios, confirmar la cobertura, actividades de facturación o cobro y revisión de la 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 la realización de evaluaciones de calidad y la mejora de actividades, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo de esto serían las nuevas tarjetas de encuesta para pacientes.
- La práctica también puede divulgar su PHI para hacer cumplir la ley y otras razones legítimas, aunque haremos todo lo posible para asegurar su confidencialidad continua en la medida de lo posible.

También podemos crear y distribuir información de salud anonimizada eliminando toda referencia a información de identificación individual.

Es posible que nos comuniquemos 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. Tiene derecho a "optar por no recibir" nuestras comunicaciones sobre recaudación de fondos.

Los siguientes usos y divulgaciones de la PHI solo se realizarán en virtud de que recibamos una autorización por escrito de usted:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia;
- Usos y divulgación de su PHI para fines de marketing, incluido el tratamiento subsidiado y las operaciones de atención médica;
- Divulgaciones 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 honrar y acatar esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas con base en su autorización.

Usted puede tener los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de PHI, incluidos aquellos relacionados con divulgaciones de familiares, otros parientes, 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 le explicaremos si 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 lugares alternativos.
- El derecho a inspeccionar y copiar su PHI.
- The right to amend your 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 nosotros a pedido.
- El derecho a ser informado si su PHI no protegida se divulga 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, aceptaremos su solicitud, excepto cuando la ley nos exija hacer una divulgación.

La ley nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y nuestra práctica de privacidad con respecto a la PHI. Este aviso entra en vigencia a partir del 01/01/2018 y es nuestra intención cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad y las Regulaciones HIPAA actualmente vigentes. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer que la nueva disposición de aviso sea efectiva para toda la PHI que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita del Aviso de Prácticas de Privacidad revisado de nuestra oficina.



Tiene recurso si cree que nuestra oficina ha violado sus protecciones. Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito en nuestra oficina o en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Siéntase libre de comunicarse con el Oficial de Cumplimiento de la Práctica por escrito para obtener más información.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y comprende nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida con el propósito de tratamiento, cobertura y pago de su compañía de seguros médicos y operaciones generales de atención médica. . Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito con su firma.

---

Nombre Impreso del Paciente

---

Firma del Paciente

---

Fecha

## AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Este documento está destinado a informar a nuestros pacientes sobre sus derechos y responsabilidades mientras reciben atención médica. En la medida permitida por la ley, los derechos del paciente se pueden delinear en nombre del paciente al tutor del paciente, pariente más cercano o persona responsable legalmente autorizada si el paciente (a) ha sido declarado incompetente de acuerdo con la ley, (b) se determina que es médicamente incapaz de comprender el tratamiento o procedimiento propuesto, (c) no puede comunicar sus deseos con respecto al tratamiento, o (d) es menor de edad. Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de este aviso, notifique a cualquier miembro del personal.

### Derechos del Paciente

1. **Acceso a la atención.** Se le proporcionará acceso imparcial al tratamiento y los servicios dentro de la capacidad y disponibilidad de esta práctica y de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables. Esto es cierto independientemente de la raza, el credo, el sexo, el origen nacional, la religión, la orientación sexual, la identidad de género, la discapacidad o minusvalía, o la fuente de pago de la atención o los servicios.
2. **Respeto y Dignidad.** Tiene derecho a una atención y servicios considerados y respetuosos en todo momento y en todas las circunstancias. Esto incluye el reconocimiento de variables psicosociales, espirituales y culturales que pueden influir en la percepción de su enfermedad.
3. **Privacidad y confidencialidad.** Tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal e informativa. Esto incluye el derecho a:
  - Ser entrevistado y examinado en un entorno que asegure una privacidad razonable
  - Tener una persona de su mismo sexo presente durante un examen físico o tratamiento
  - No permanecer desnudo por más tiempo del necesario para llevar a cabo el tratamiento o los servicios.
  - Solicitar el traslado a otra sala de tratamiento si un visitante molesta injustificadamente
  - Espere que cualquier conversación o consulta sobre la atención se lleve a cabo con discreción.
  - Esperar que todas las comunicaciones escritas relacionadas con la atención sean tratadas como confidenciales
  - Espere que los registros médicos sean leídos únicamente por personas directamente involucradas en la atención, las actividades de control de calidad o el procesamiento de reclamos de seguros. Ninguna otra persona tendrá acceso sin su autorización por escrito.
4. **Seguridad personal.** Tiene derecho a esperar una seguridad razonable con respecto a los procedimientos y el entorno de la práctica.
5. **Identidad.** Tiene derecho a conocer la identidad y el estado profesional de cualquier persona que brinde servicios y qué médico u otro profesional es el principal responsable de su atención.
6. **Información.** Tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida en que se conozca), su tratamiento y cualquier pronóstico conocido. Esta información debe comunicarse en términos que usted comprenda.
7. **Comunicación.** Si no habla o no entiende el idioma predominante de la comunidad, debe tener acceso a un intérprete. Esto es particularmente cierto cuando las barreras del idioma son un problema continuo.
8. **Consentir.** Tiene derecho a la información que le permita, en colaboración con el médico, tomar decisiones de tratamiento.
  - Las discusiones de consentimiento incluirán una explicación de la condición, los riesgos y beneficios del tratamiento y las consecuencias de no recibir tratamiento.
  - Excepto en el caso de incapacidad o emergencia que amenace su vida, no será sometido a ningún procedimiento a menos que proporcione su consentimiento voluntario por escrito.



- Se le informará si la práctica propone participar en proyectos de investigación o experimentales que afecten su atención o servicios. Si es su decisión no participar, continuará recibiendo la atención más efectiva que la práctica brinda.
9. **Consulta.** Tiene derecho a aceptar o rechazar la atención médica en la medida permitida por la ley. Sin embargo, si rechazar el tratamiento impide que la práctica brinde la atención adecuada de acuerdo con los estándares éticos y profesionales, su relación con esta práctica puede terminar con un aviso razonable.
  10. **Cargos.** Independientemente de la fuente de pago de la atención brindada, tiene derecho a solicitar y recibir explicaciones detalladas y detalladas de cualquier servicio facturado.
  11. **Reglas y regulaciones.** Se le informará de las normas y reglamentos de la práctica con respecto a su conducta como paciente en este centro. Además, tiene derecho a recibir información sobre el inicio, la revisión y la resolución de las quejas de los pacientes.

### Responsabilidades del Paciente

1. **Manténganos informados con precisión.** Tiene la responsabilidad de proporcionar, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud, incluidos los cambios inesperados en su estado.
2. **Siga su plan de tratamiento.** Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico. Esto puede incluir seguir las instrucciones del personal de atención médica mientras llevan a cabo el plan de atención coordinado, implementan las órdenes del médico y hacen cumplir las normas y reglamentos de práctica aplicables.
3. **Mantenga sus citas.** Usted es responsable de asistir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, de notificar esta práctica.
4. **Asumir la responsabilidad por el incumplimiento.** Usted es responsable de sus acciones si no sigue las instrucciones del médico. Si no puede cumplir con el plan de tratamiento recetado, es responsable de informar al médico.
5. **Sea responsable de sus obligaciones financieras.** Usted es responsable de garantizar que las obligaciones financieras de los servicios de atención médica se cumplan lo antes posible y de proporcionar información actualizada sobre el seguro.
6. **Sea considerado con los demás.** Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal y de ayudar a controlar el ruido, el tabaquismo y la cantidad de visitantes. También es responsable de ser respetuoso con la propiedad de la práctica y la propiedad de otras personas que visiten la práctica.
7. **Sea responsable de las opciones de estilo de vida.** Su salud depende no solo de la atención brindada en este centro, sino también de las decisiones a largo plazo que toma en la vida diaria. Usted es responsable de reconocer los efectos de estas decisiones en su salud.

---

Nombre Impreso del Paciente

---

Firma del Paciente

---

Fecha



## FORMULARIO DE POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir a Elite Dermatology como su proveedor de atención médica. Brindar atención médica de calidad a 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.

Le enviaremos la factura 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 completa, 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, es la 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 enviará 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 médica 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 estarán cubiertos por el seguro. Usted será financieramente responsable de estos servicios. Cualquier análisis de laboratorio que solicitemos, 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 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.

Los estados de cuenta y la correspondencia de facturación se envían solo cuando tiene un saldo en su cuenta. Mostrarán 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 mostrarán 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.

Para comunicarse con el departamento de facturación: # 1-888-222-2125, luego marque la extensión 888.

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

## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y REEMBOLSOS DE COSMÉTICOS**

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 requiere una reprogramación o cancelación.

Si surgiera una situación que pudiera 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 prepagos y las 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 DEL ASISTENTE MÉDICO(A)

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 un programa de capacitación certificado 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 brindar atención de mantenimiento de la salud.

La “supervisión” no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien la supervisión de las actividades y la aceptación de la responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un asistente médico puede proporcionar los servicios médicos que estén dentro de su educación, capacitación 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



**Autorización para Tratar un Paciente Menor de Edad en Ausencia del Padre/Guardián**

Yo, \_\_\_\_\_, el padre y guardian legal de \_\_\_\_\_, por la presente  
(nombre del padre/guardian) (nombre del hijo(a))

autorizo \_\_\_\_\_ para acompañar a mi hijo(a) mencionado anteriormente  
(nombre del adulto que acompaña al niño(a) a la oficina)

a las visitas del consultorio \_\_\_\_\_ y dar su consentimiento para el  
(nombre del medico/medicos/práctica)  
examen y/o tratamiento de mi hijo(a) durante las visitas del consultorio.

**Esta autorización:**

- Es efectivo solo en \_\_\_\_\_ (mes/día/año).
- Es efectivo desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mes/día/año.
- Es efectivo hasta que to lo revoque por escrito.

Yo reservo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al medico/práctica antes mencionado. Entiendo que mi hijo(a) (menor de 18 años) no puede atender a su cita sin el acompañamiento del adulto mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date