

POLÍZAS GENERALES DE POLLEY CLINIC

TUTOR LEGAL, CUSTODIO LEGAL Y PODER NOTARIAL

Debido a las regulaciones de HIPAA, no se nos permite divulgar ninguna información médica sobre la condición, diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente a ninguna persona sin el consentimiento por escrito del paciente, tutor legal, custodio legal o persona con poder notarial para el paciente. Puede designar a personas autorizadas para obtener esta información por teléfono o en persona en su ausencia. Es importante que nuestra oficina tenga registrado a las personas que autoriza.

Si es tutor legal, custodio legal o posee un poder notarial para el paciente, requerimos que una copia del documento legal que demuestre ese estado conste en los registros del paciente en Polley Clinic of Dermatology.

Como tutor legal principal, custodio legal o titular de poder notarial, también puede designar a personas autorizadas para tomar decisiones relacionadas con la atención médica del paciente en su ausencia. Requerimos tanto una copia de la documentación legal que establezca su estado como la cumplimentación de este formulario de consentimiento que autoriza a Polley Clinic of Dermatology a proporcionar tratamiento al paciente.

Yo [] el tutor legal principal, custodio legal o poder notarial, por la presente otorga permiso a Polley Clinic of Dermatology para tratar a [] cuando esté acompañado por los adultos que se enumeran a continuación.

Nombre de la persona designada	Relación con el paciente
[]	SELF
[]	SELF
[]	SELF

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE 16 Y 17 AÑOS: Estos pacientes **DEBEN** tener un adulto presente para una visita **inicial** al consultorio, o se les pedirá que reprogramen su cita. Los pacientes de 16 o 17 años pueden ser atendidos sin un padre o tutor legal solo si el padre o tutor legal firma este consentimiento que autoriza a Polley Clinic of Dermatology a brindar tratamiento a su adolescente, lo que incluye el consentimiento para el examen físico, biopsias, y los tratamientos de congelación. Los montos de copago o deducible, las tarjetas de seguro y la identificación con foto serán requeridos en el momento de la visita. Asegúrese de que el paciente y/o las personas autorizadas estén preparados para pagar la cantidad designada por su compañía de seguros. Por la presente, otorgo permiso a Polley Clinic of Dermatology para tratar a mi hijo de 16 o 17 años cuando llegue a la oficina acompañado por los adultos que se enumeran a continuación para la visita **inicial** y sin compañía a partir de entonces.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR: 15 AÑOS DE EDAD O MENOR: Menores de 15 años o menos **DEBEN** tener un adulto presente para todas las visitas al consultorio o se les pedirá que reprogramen su cita. El paciente será atendido para su cita cuando esté acompañado por un padre, tutor legal u otro adulto con poder notarial archivado en Polley Clinic. Cualquier otro adulto puede acompañar al paciente solo si un padre, tutor legal, u otro adulto con poder notarial ha completado y firmado este formulario de consentimiento especificando a esos adultos.

Yo [] el tutor legal principal, custodio legal, o poder notarial, por la presente otorga permiso a Polley Clinic of Dermatology para tratar a [] cuando esté acompañado por los adultos que se enumeran a continuación.

Nombre de la persona designada	Relación con el paciente
[]	SELF
[]	SELF
[]	SELF

POLÍZA DE NIÑOS ADICIONALES

No se permiten invitados adicionales con el paciente en su cita. No se permite que los niños acompañen a sus padres u otros pacientes a su cita. Se informa a todos los padres y pacientes que no se permiten invitados adicionales a la cita cuando se programa la cita. Esta políza también se incluye en todas las comunicaciones de recordatorio de citas. Si los pacientes/padres se presentan con niños adicionales, su cita se reprogramará automáticamente.

Polley Clinic no será responsable de la seguridad de los niños adicionales que los padres u otros pacientes traigan a la cita. Polley Clinic hace todo lo posible para informar a cada paciente que no se permiten invitados adicionales en la cita. Las autoridades estarán involucradas en el caso de amenazas a los empleados de Polley Clinic como resultado de esta políza. Esta políza se aplica por la seguridad de todas las partes, **¡SIN EXCEPCIONES!**

RESTRICCIONES CON RESPECTO A LA SALA DE ESPERA Y LAS SALAS DE EXAMEN

Para la seguridad de nuestros pacientes, hemos continuado con nuestra políza de COVID para minimizar la cantidad de personas en la sala de espera y las salas de examen. Por lo tanto:

1. El paciente y otro adulto, como un cónyuge, tutor o persona con el poder notarial podrán ingresar a la sala de espera y a la sala de examen.
2. En el caso de niños menores de 16 años, se permitirá un máximo de 3 (tres) personas en la sala de espera y la sala de examen. Esto incluirá:
 - A. Los padres y el paciente.
 - B. Cualquier adulto autorizado por un padre y que figure en el formulario de **CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR.**
 - C. Cualquier persona investida con un poder notarial que se aplique al paciente.

POLÍZA DE NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

Polley Clinic of Dermatology **requiere** que su número de Seguro Social esté registrado con nosotros. Su número de seguro social puede usarse como una forma de verificación de identidad. Su número de seguro social se usa si se niegan sus reclamos de seguro. Si no está dispuesto a liquidar su cuenta, será enviado a cobros. Su número de seguro social se puede usar para cobrar el pago de los servicios de atención médica. Por ley, Polley Clinic **no está obligada a aceptar a nadie como paciente** y se le permite tener pólizas que disminuyan la posibilidad de que un paciente no pague su factura médica.

SI NO PROPORCIONA SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, SE LE NEGARÁ EL SERVICIO.

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN: Entiendo que Polley Clinic of Dermatology enviará recordatorios de citas e información sobre los servicios por llamada telefónica, correo electrónico, y mensaje de texto según la información de contacto proporcionada por el paciente o el tutor legal, custodio legal o poder notarial del paciente. Entiendo que tendré la opción de optar por no recibir comunicaciones futuras en mi nombre o en nombre de mis dependientes.

POLÍZA DE CITAS NO CONFIRMADAS

Polley Clinic **requiere** que los pacientes confirmen sus citas dentro de las 24 horas posteriores a recibir su recordatorio de cita para que podamos prepararnos para su visita. Un sistema automatizado envía a cada paciente un recordatorio de cita por mensaje de texto, si esa información nos fue proporcionada correctamente por el paciente o el tutor legal, custodio legal o poder notarial del paciente. Los recordatorios de citas se envían automáticamente 1 semana antes de la cita. Estos recordatorios contienen un mensaje de confirmación interactivo que **requiere** que confirme o cancele su cita. **Las citas no confirmadas se cancelarán y el paciente tendrá que reprogramar la cita. (Horario de Negocio: Lunes a Jueves de 7 a.m. a 5:30 p.m.)**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Polley Clinic of Dermatology. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Polley Clinic of Dermatology y sus compañías relacionadas a divulgar la información médica necesaria para procesar reclamos y a divulgar la información de mi registro médico para brindar atención. Autorizo que se almacenen fotografías mías y de áreas de enfoque clínico en mi registro médico.

PERSONA(S) AUTORIZADA(S) PARA ACCEDER A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre de la persona designada	Relación con el paciente
	SELF
	SELF
	SELF

AUTORIZACIONES: Autorizo el tratamiento médico de la persona nombrada anteriormente y acepto pagar todas las tarifas y cargos por dicho tratamiento. Entiendo que el tratamiento médico puede incluir una revisión del historial médico, una discusión del motivo de la visita y fotografías médicas del área que se está discutiendo. Autorizo a Polley Clinic of Dermatology y sus compañías relacionadas a divulgar información completa sobre el hallazgo médico y el tratamiento del abajo firmante, desde la visita inicial al consultorio hasta la fecha de la conclusión de dicho tratamiento, a aquellos que, según la determinación de Polley Clinic of Dermatology, deben recibir dicha información con fines de tratamiento médico, garantía de calidad y revisión por pares.

POLÍZA DE PAGO: El pago vence en el momento del servicio, incluyendo los copagos, deducibles y saldos adeudados. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados en mi nombre y en nombre de mis dependientes, menos cualquier cantidad pagada por mi seguro a Polley Clinic of Dermatology. A partir del 1 de enero de 2022, todos los saldos responsables del paciente que tengan más de 60 días de antigüedad (2 ciclos de estado de cuenta) se les aplicará una multa por pago atrasado de \$25.00. A partir del 30 de septiembre de 2026, se aplicará un recargo del 3% a todos los pagos realizados con tarjeta de crédito.

POLÍZA DE NO PRESENTACION DE CITAS: Requerimos un aviso de cancelación de su cita con 24 horas de anticipación. En caso de que no proporcione dicha notificación, se le clasificará como paciente NO-SHOW y se le cobrará una tarifa NO-SHOW de \$50 por no presentarse. No se prestarán más servicios hasta que se pague esta tarifa. **Tres (3) NO-SHOWS en un período de doce (12) meses resultarán en la expulsión de la práctica por correo certificado.**

TARIFA DE PROCESAMIENTO DE FORMULARIOS: Polley Clinic cobrará \$25 por completar todos y cada uno de los formularios que nos solicite el paciente, la compañía de seguros, el hogar de ancianos u otro centro de atención, la farmacia, proveedor de equipos médicos, abogados, otra entidad legal, o el tutor legal. Estoy de acuerdo y entiendo que soy personalmente responsable de pagar todas esas tarifas.

PERMISO PARA MANTENER LA TARJETA DE CRÉDITO EN EL ARCHIVO

Para acelerar el proceso de registro, Polley Clinic of Dermatology ahora puede mantener la información de su tarjeta de crédito almacenada en nuestra **base de datos financiera segura**.

Estas son las ventajas de permitir que Polley Clinic almacene la información de su tarjeta de crédito:

- 1) La recepcionista puede cobrar automáticamente su copago.
- 2) Para los pacientes con planes con deducibles altos, Polley Clinic puede cargar la tarjeta automáticamente cuando el seguro haya pagado su parte de cada reclamo.
- 3) Si tiene un saldo en su cuenta, este servicio le evitará recibir una factura o que su cuenta sea enviada a una agencia de cobranza, en caso de que se demore.

Tipo de tarjeta: ☐ Visa ☐ Master Card ☐ Discover ☐ American Express

Nombre completo del titular de la tarjeta

Código postal del titular de la tarjeta

Número de tarjeta de crédito

Código de seguridad de la tarjeta de crédito

Fecha de vencimiento de la tarjeta de crédito

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE FOTOS

Yo, el abajo firmante, acepto por la presente permitir que un miembro del personal de Polley Clinic of Dermatology tome una foto de mi cabeza con fines de identificación del paciente. También acepto permitir que un miembro del personal de Polley Clinic of Dermatology o Gentle Cure Oncology tome fotos de todas las etapas de mi tratamiento. Se colocarán en mi registro médico y se utilizarán para documentar las ubicaciones de las lesiones, las marcas de la piel, y para monitorear el progreso de mi tratamiento. También puede indicar las siguientes preferencias para el uso de sus fotos:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ☐ SÍ | ☐ NO | Educación. |
| ☐ SÍ | ☐ NO | Publicidad de los servicios de Polley Clinic. |
| ☐ SÍ | ☐ NO | Mi identidad permanecerá en el anonimato. |
| ☐ SÍ | ☐ NO | Mis fotos se utilizarán solo para mi registro médico. |

CAMBIO DE SEGURO

Doy fe de que se cumple una de las siguientes condiciones:

1. Mi cobertura de seguro **no ha** cambiado desde mi última visita,
2. Mi cobertura de seguro **ha** cambiado desde mi última visita y, **antes de cualquier tratamiento adicional**, he notificado a Polley Clinic del cambio y he completado el **Formulario de notificación de cambio de seguro médico**.
3. Si mi seguro ha cambiado desde mi último tratamiento y **no lo he** informado a Polley Clinic **antes de cualquier tratamiento adicional**, entiendo que soy responsable de cualquier dinero que no esté cubierto como resultado del cambio.

TODAS LAS POLÍTICAS PUEDEN CAMBIAR EN CUALQUIER MOMENTO A DISCRECIÓN EXCLUSIVA DE POLLEY CLINIC Y PUEDEN APLICARSE SELECTIVAMENTE SEGÚN LO REQUIERAN LAS CIRCUNSTANCIAS. ESTAS POLÍTICAS ENTRAN EN VIGOR TAN PRONTO COMO ESTE DOCUMENTO SEA FIRMADO POR EL PACIENTE O POR SU TUTOR LEGAL, CUSTODIO LEGAL O PODER NOTARIAL, Y DEBEN SER RENOVADAS UNA VEZ AL AÑO.

PACIENTE FIRMANTE O FIRMANTE DE PERSONA AUTORIZADA PARA FIRMAR POR EL PACIENTE:

Nombre de la persona autorizada para firmar por el paciente

Firma