



DR. ROBERT A. NORMAN, DO, MPH, MBA

Dermatology

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(FAVOR DE LLENAR EN FORMA COMPLETA Y LEGIBLE)

Nombre del Paciente: _____ Sexo: M F
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Seguro Social: _____ Numero de Licencia o ID: _____
Persona Encargada si el Paciente es Menor de 18 años: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Medico General: _____ Teléfono: _____
Dirección Medico General: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección del Trabajo: _____
¿Como supo usted de nosotros?: _____
Farmacia actual: (Nombre, dirección y Teléfono): _____

SEGURO MEDICO

Medicare Avmed Molina Staywell Healthase Sunshine State WellCare Aetna BC/BS
 Cigna United Health Multiplan Humana Beechstreet Tricare Integral Quality Great West
 Prestige Better Health Hillsborough Health Care Pinellas Care Tampa Care
 OTRO: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de
Nacimiento del Asegurado: ____/____/____ Relación del Paciente: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Razón por la visita de hoy:¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí No | Si su respuesta es *sí*, mencione cual:

Medicamentos Actuales:

¿Tiene o ha tenido usted alguna de las siguientes condiciones?:

Pulmones:

Bronquitis Sí No
 Enfisema Sí No
 Asma Sí No
 Tos crónica Sí No

Vascular:

Presión arterial alta Sí No
 Dolor de pecho Sí No
 Infarto Sí No
 Ataque cardiaco Sí No
 Mascara del corazón (Murmur) Sí No
 Latidos Irregulares Sí No
 Marcapasos Sí No
 Flebitis Sí No

Otras Condiciones:

Diabetes Sí No
 Tiroides Sí No
 Riñón Sí No
 Vejiga Sí No
 Estómago Sí No
 Intestino Sí No
 Hepatitis Sí No
 Artritis Sí No
 Deformidad Sí No
 Convulsiones Sí No
 Desmayos Sí No
 Glaucoma Sí No
 Epilepsia Sí No
 VIH (SIDA) Sí No

- ¿Usted consume alcohol? Sí No | Si su respuesta es *sí*, ¿Cuántas al día? _____
- ¿Usa medicina por vena (IV)? Sí No | Si su respuesta es *sí*. ¿Cuál? _____ Cantidad: _____
- ¿Usted ha usado la anestesia dental Novocain? Sí No
- ¿Alguna reacción negativa a la anestesia? Sí No

Piel:

- ¿Cuándo se expone al sol usted ha tenido un(a)? Bronceado Bronceado con quemaduras Quemaduras
- ¿Usted ha tenido algún tipo de cáncer o enfermedad en la piel? Sí No
- Si su respuesta es *sí*, mencione cual: _____
- Mencione alguna otra enfermedad o condición que deberíamos saber: _____
- Procedimientos quirúrgicos que ha tenido en los pasados 6 meses: _____

Favor responder a las siguientes preguntas:

¿Fuma? Sí No | Si su respuesta es *sí*, ¿Cuántas al día? _____
 ¿Sangra fácilmente? Sí No
 ¿Está embarazada? Sí No

¿Tiene usted articulaciones artificiales (Prótesis)? Sí No
 Si su respuesta es *sí*, ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna afición o pasatiempo? _____

Completado por:

 Paciente: _____ Asistente Médico: _____ Médico: _____ Fecha: _____ / _____ / _____



DR. ROBERT A. NORMAN, DO, MPH, MBA

Dermatology

HIPAA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

(FAVOR DE LLENAR EN FORMA COMPLETA Y LEGIBLE)

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos usar y revelar la información de salud sobre usted. El aviso contiene una sección que describe los derechos de los pacientes bajo la ley. Usted tiene el derecho a revisar nuestro aviso antes de firmar el presente consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada contactando nuestras oficinas.

Usted tiene el derecho de solicitar que nos restrinjan la forma de la información de salud sobre usted es usada o revelada para tratamiento, pago, o operaciones de cuidado de salud. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con dicha restricción, pero si lo hacemos, vamos a honrar este acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para nuestro uso y divulgación de información protegida de salud acerca de usted para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento, por escrito y firmado por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará ninguna revelación que hemos hecho ya en la dependencia de su consentimiento previo. Proporciona la práctica esta forma de cumplir con la portabilidad de los seguros de salud y acto de la rendición de cuentas de 1996 (HIPAA)

EL PACIENTE ENTIENDE QUE:

- Información protegida de su salud puede ser revelada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud.
- La práctica tiene un aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- La práctica se reserva el derecho a cambiar el aviso de prácticas de privacidad.
- El paciente tiene el derecho a restringir el uso de la información, pero la práctica no necesariamente estará de acuerdo con las restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las futuras revelaciones se cancelaran en ese momento.
- La práctica puede condicionar el tratamiento a la recepción de la ejecución de este acuerdo.

Este consentimiento fue firmado por:

_____	_____	_____/_____/_____
Nombre del Paciente o representante	Firma	Fecha

_____	_____	_____/_____/_____
Relación al Paciente	Firma del Testigo	Fecha



DR. ROBERT A. NORMAN, DO, MPH, MBA

Dermatology

AUTORIZACIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE INFORMACIÓN

(FAVOR DE LLENAR EN FORMA COMPLETA Y LEGIBLE)

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Por la presente consiento al tratamiento provisto por Dr. Robert A. Norman, DO, MPH, MBA, sus empleados o designados. Yo autorizo los servicios de cuidados de salud física y mental los cuales mis proveedores de cuidados consideran necesarios o recomendables para tratar mis necesidades.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR MI INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD.

Autorizo el uso y revelación de mi información personal de salud para los propósitos de diagnóstico o tratamiento, obtener pago por mis cuidados, o para los propósitos de dirigir las operaciones de cuidados médicos de la Práctica. Yo autorizo a la Práctica a revelar cualquier información requerida en los procesos de solicitar cobertura financiera para los servicios provistos. Esta autorización permite que la Práctica pueda liberar información clínica objetiva relacionada a mi diagnóstico y tratamiento, la cual puede ser pedido por mi compañía de seguros o su agente designado.

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO/GARANTÍA DE PAGO/COSTO DE RECAUDACIÓN.

Yo autorizo que se pague directamente a la Práctica los beneficios de seguros los cuales corresponden a mí para cubrir mi tratamiento. Yo entiendo que soy económicamente responsable a la Práctica para cualquier servicio cubierto o no cubierto como define mi aseguradora. Yo entiendo que si el saldo de mi cuenta llega a ser retrasado, y la cuenta retrasada es mandada a una agencia de recaudación, yo seré responsable por el costo de recaudación incluyendo honorarios razonables de abogado.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Yo reconozco haber recibido el "Aviso de Políticas de Privacidad" de la Práctica. Mis derechos, incluyendo el derecho de revisar y copiar mis datos, el derecho de poner límites o condiciones a la revelación de mi información de salud, y el derecho de solicitar un enmiendo a mis datos de salud; están explicados en la Política. Yo entiendo que yo puedo revocar por escrito mi consentimiento para liberar mi información de salud excepto en la medida en que la Práctica ya haya hecho revelaciones con mi consentimiento anterior.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Parentesco

Fecha



(FAVOR DE LLENAR EN FORMA COMPLETA Y LEGIBLE)

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

Artículo 1: Se conviene que cualquier disputa relativa a negligencia médica, es decir, a si cualquiera de los servicios médicos prestados bajo este contrato fueron innecesarios o no autorizados o llevados a cabo de manera impropia, negligente o incompleta, sea determinada por el sometimiento a arbitraje según lo dispuesto por la ley de Florida, y no por medio de una demanda o el recurso a un procedimiento judicial salvo en lo que la ley de Florida dispone para la revisión judicial de procedimientos arbitrales. Ambas partes, al celebrar este contrato, están renunciando a su derecho constitucional a que dicha disputa sea decidida en un tribunal frente a un jurado y, en su lugar, están aceptando el uso de arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deberán ser sometidas a arbitraje: Es la intención de las partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias contractuales, extracontractuales o de cualquier otro tipo, y vinculará a todas las partes cuyas reclamaciones se deriven o se relacionen de cualquier forma con el tratamiento o los servicios prestados o no prestados al paciente por el médico, el grupo o asociación médica, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, entidades sociales, empleados, agentes, clínicas y /o proveedores identificado/s más abajo (en adelante, agrupados bajo el nombre de “Médico”), incluido el tratamiento o los servicios prestados o no prestados a cualesquiera cónyuges o herederos e hijos del paciente, nacidos o no nacidos, al tiempo de la aparición de los hechos de los que se deriva la reclamación. El inicio por parte de un Médico de una acción ante un tribunal para el cobro de honorarios no significará la renuncia al derecho a exigir el sometimiento a arbitraje de cualquier reclamación por negligencia. Sin embargo, tras la interposición de una demanda contra el Médico, cualquier disputa por honorarios, esté o no sujeta a un procedimiento judicial, también deberá ser resuelta por arbitraje.

Artículo 3: Procedimiento y ley aplicable: Las peticiones de arbitraje deberán ser comunicadas por escrito a través del correo postal, con el franqueo pagado, a todas las partes, describiendo la reclamación contra el Médico, la indemnización por daños y perjuicios que se pretende, y los nombres, direcciones y números de teléfono del paciente y, en su caso, de su abogado. Después de eso, las partes seleccionarán un árbitro de equidad que haya sido previamente un juez de un tribunal de instancia superior del estado de la Florida, para entienda en la causa. Ambas partes tendrán el derecho de someter separadamente a arbitraje los temas de responsabilidad e indemnización por daños y perjuicios a petición escrita del árbitro. El paciente deberá entablar sus reclamaciones con diligencia razonable, y el arbitraje se regirá de acuerdo a los artículos 1280-1295 del Código de Procedimiento Civil (Code of Civil Procedure) y a la Ley Federal de Arbitraje (artículos 1 a 4 del Título 9.o del Código de los Estados Unidos). Las partes deberán pagar sus propios costos, honorarios y gastos, además de costear una parte proporcional de los honorarios y gastos del árbitro de equidad.

Artículo 4: Efecto retroactivo: El paciente tiene el propósito de que este acuerdo cubra todos los servicios prestados por el Médico no sólo después de la fecha de su firma (lo cual incluye, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de que fuera firmado.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado por notificación escrita entregada al Médico dentro de los 30 días que siguen a la firma si no es revocado regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

Artículo 6: Disposición de divisibilidad: En caso de que una o varias disposiciones de este acuerdo sea/n declarada/s nula/s y no exigible/s, tal disposición o disposiciones deberá/n considerarse nula/s al efecto y el resto del acuerdo será exigible de acuerdo a las normas del estado de Florida. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo. Al firmar abajo, reconozco que he recibido una copia.

_____	_____	____/____/____
Nombre del Paciente o representante autorizado	Firma	Fecha
_____	_____	____/____/____
Nombre del Médico o representante autorizado	Firma	Fecha
_____	_____	____/____/____
Testigo	Firma del Testigo	Fecha



DR. ROBERT A. NORMAN, DO, MPH, MBA

Dermatology

REGLAS DE PAGO DE PATOLOGÍA

(FAVOR DE LLENAR EN FORMA COMPLETA Y LEGIBLE)

La patología se realiza internamente para los siguientes seguros médicos:

- Medicare
- BCBS Federal (número de identificación que comience con R)
- UHC
- Aetna POS y PPO
- Todo Cigna
- Tricare- Principal y Estándar
- Staywell

Todos los demás seguros son enviados al laboratorio apropiado. Pacientes sin seguro médico deben pagar una cuota de patología por espécimen. **La patología no está incluida en el costo de la biopsia. El costo es \$85 por espécimen para los pacientes sin seguro médico.**

_____/_____/_____
 Nombre del Paciente o Representante Firma Fecha

La política de cuota si no se presenta

Norma de cuota si no se presenta a la cita:

Es notificado(a), al planificar una cita, si su cita no es reprogramada ni cancelada dentro de 48 horas antes y usted no se presenta a su cita, será cargado(a) \$100 si es un(a) nuevo(a) paciente o \$50 si es un(a) paciente establecido(a). Esta cantidad debe ser pagada antes de que su próxima cita pueda ser planificada.

_____/_____/_____
 Nombre de Paciente o Representante Firma Fecha

A nuestros pacientes:

Si somos abastecedores para su compañía de seguros, le pedirán un número de la tarjeta de crédito entonces se registra y la información se sostendrá bien hasta que sus seguros hayan pagado su parte y nos hayan notificado de su responsabilidad financiera. Entonces, y el saldo deudor restante se cargará a su tarjeta de crédito. Si no somos abastecedores para su plan de seguros, la política de la oficina permanece lo mismo: pagará en su totalidad en el momento de su visita, archivaremos su reclamación médica de su compañía de seguros, y como una cortesía, y después de recibir una Explicación de ventajas. (EOB) de su compañía de seguros. Y los créditos serán reembolsados a usted por su plan de seguros o nuestra oficina. Está en sus intereses entender su plan de seguros.

Esta política de la tarjeta de crédito será una ventaja para usted ya que ya no se tendrá que preparar y correo nosotros control(cheque). Será una ventaja para nosotros también, ya que disminuirá enormemente el número de declaraciones(afirmaciones) que tenemos que generar y fijar en el correo. Esta política beneficia a cada uno conteniendo el coste de asistencia médica, y permitiéndonos concentrarnos antes que nada en sus necesidades médicas.

Nuestra Tarjeta de crédito en la política de la cuenta de ninguna manera pondrá en peligro su capacidad de disputar un precio (carga) o pregunta es la determinación de su compañía de seguros del pago.

Los Coaseguros de co-pagas y las cantidades deducibles van, por supuesto todavía ser debidos en el momento de su visita.

POR FAVOR NOTE: Cualesquiera más de 100\$ de gastos recibirán una visita de cortesía para informar que cargaremos esto a su tarjeta de crédito en el archivo.

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar.

Autorizo para cobrar(cargar) los equilibrios excepcionales en mi cuenta a la tarjeta de crédito siguiente. Si las direcciones de facturación para esta tarjeta de crédito se diferencian de su dirección de casa, por favor aconseje la dirección de facturación. Gracias.

Autorizo a cobrar _____ los saldos en mi cuenta para las siguientes tarjetas de crédito. Si las direcciones de facturación para esta tarjeta de crédito difiere de su domicilio, por favor avise a la dirección de facturación. Gracias.

Visa _____ MC _____ AmEx _____ Disc _____ Care Credit _____ HAS _____

Número de cuenta _____ la fecha _____ Exp _____

Nombre de tarjeta (impresión) _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

1. Es mi tarjeta de crédito segura?

Esta oficina ha adoptado un registro médico electrónico. Estos no son registros en papel. Todas las instituciones y consultorios será necesaria para cumplir con este mandato federal en un futuro próximo. Información de su tarjeta de crédito se introducen en el ordenador junto a su número de la seguridad social. El sistema es completamente seguro y no habrá ninguna copia en papel de su número de tarjeta de crédito flotando alrededor.

2. Porqué me piden que deje esta información?

Esta tarjeta de crédito será utilizado para cubrir los gastos no son reembolsados por el seguro. Por desgracia, "extras" son a menudo inesperadas hasta que su aseguradora envía una explicación de beneficios. A diferencia de algunas oficinas, Dermatología las oficinas suelen proporcionar servicios no incluidos en una oficina permanente visita. (Biopsias, destrucción, ect.) Estos servicios son evaluados individualmente por su seguro, y puede resultar en responsabilidad además paciente. Dejar de esta información por adelantado reduce considerablemente los gastos y ahorrar papel. Estos servicios son evaluados individualmente por su seguro, cualquier puede resultar en responsabilidad adicional del paciente.

Dejar de esta información por adelantado reduce considerablemente los gastos y ahorrar papel. Hay 4 pasos en la reunión que esta política se guardará. Impresión de una declaración, envío de la declaración. Escribir un cheque (o imprimir su número de CC) y el envío de la declaración.

Cada uno está buscando maneras de reducir gastos y sencillo proceso y proporcionar ahorros significativos para todos.

3. Sé que mi seguro y co-pago, por qué tengo que dejar la información?

Si alguna vez has probado a llamar a su compañía de seguros, usted puede entender completamente esto. A pesar de nuestros mejores esfuerzos por llamar a las compañías de seguros para verificar las prestaciones, con frecuencia se nos da información incorrecta. Nos lo han contado los individuos fueron elegibles cuando su plan había caducado. Se nos ha dicho de la paga era de 25 dólares, cuando en realidad son 50 dólares. Todo esto suma rápidamente.

4. Tengo alguna otra opción?

Sí. Usted puede pagar nuestras cuotas en su totalidad en el momento del servicio. A continuación, devolvemos inmediatamente cuando su compañía de seguros determina pago.

5. Puedo revocar mi número en cualquier momento?

Sí. Una vez que el seguro ha pagado su reclamo (usted recibirá una copia de la explicación de los beneficios en el correo electrónico de su compañía aseguradora). Puede ponerse en contacto con nosotros, y que se elimine la información.