



Forma de información del paciente

Por favor, llene ambos lados de esta forma con tinta y firme en donde se indique.

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ No. de seguridad social: _____ Género: Hombre/Mujer

Raza: _____ Grupo étnico: _____ Idioma: _____ Rechazo

Dirección postal: Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Domicilio alternativo: _____

Teléfono de domicilio: (____)-____-____ Teléfono móvil: (____)-____-____

Correo electrónico: _____

(Nunca proporcionaremos su correo electrónico o enviaremos información médica personal mediante correo electrónico sin su consentimiento)

Por favor, marque sí o no para autorizar que Riverchase Dermatology lo contacte por correo electrónico para recordatorios de citas, actualizaciones de la práctica y promociones informativas.

____ Sí ____ No

Médico general: _____ Médico remitente: _____

Estado civil (encierre uno): Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Padre, Cónyuge o Parte responsable (si es distinto al paciente)

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ No. de seguridad social: _____ Género: Hombre/Mujer

Dirección postal: Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Domicilio alternativo: _____

Teléfono de domicilio: (____)-____-____ Teléfono móvil: (____)-____-____

Correo electrónico: _____

Cobertura de seguro- Primaria

Nombre de la aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza (asegurado): _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el asegurado: Propio Cónyuge Hijo Otro: _____

Empleador: _____ Domicilio del empleador: _____

Cobertura de seguro- Secundaria (Si aplica)

Nombre de la aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza (asegurado): _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el asegurado: Propio Cónyuge Hijo Otro: _____

Empleador: _____ Domicilio del empleador: _____



RIVERCHASE
DERMATOLOGY

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Fecha de nto.: _____

Antecedentes médicos: (Encierre en un círculo todas las que apliquen)

Ansiedad	Depresión	Hipertiroidismo
Artritis	Diabetes	Leucemia
Asma	Enfermedad renal en etapa terminal	Cáncer pulmonar
Fibrilación auricular	Reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés)	Linfoma
Trasplante de médula ósea	Pérdida auditiva	Cáncer de próstata
Hiperplasia benigna de próstata (BPH, por sus siglas en inglés)	Hepatitis	Radioterapia
Cáncer de mama	Hipertensión	Convulsiones
Cáncer de colon	VIH/SIDA	Accidente cerebrovascular
EPOC	Colesterol alto	
Arteriopatía coronaria	Hipotiroidismo	<u>NINGUNO</u>

Otro: _____

Antecedentes quirúrgicos: (Encierre en un círculo todas las que apliquen)

Apéndice retirado (Apendectomía)	Trasplante de hígado
Retiro de vejiga (Cístectomía)	Hígado: Derivación
Mastectomía (Derecha, izquierda, bilateral)	Ovarios retirados: Endometriosis
Tumorectomía (Derecha, izquierda, bilateral)	Ovarios retirados: Cáncer de ovario
Biopsia de mama (derecha, izquierda, bilateral)	Ovarios retirados: Quiste
Colon/ Colectomía: Resección de cáncer de colon	Ovarios: Ligadura de trompas
Colon/ Colectomía: Diverticulitis	Páncreas: Pancreatectomía
Colectomía: Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD, por sus siglas en inglés)	Próstata: Biopsia
Colectomía: Colostomía	Próstata: Cáncer
Vesícula retirada (Colecistectomía)	Próstata: TURP (Retiro de próstata)
Corazón: Reemplazo de válvula biológica	Recto: APR
CABG coronario (Bypass)	Recto: Resección anterior inferior
Corazón: Trasplante	Piel: Carcinoma de células basales
Corazón: Reemplazo de válvula mecánica	Piel: Melanoma
Corazón: PTCA (Angioplastia)	Piel: Biopsia cutánea
Reemplazo de articulación, rodilla (derecha, izquierda, bilateral)	Piel: Carcinoma de células escamosas
Reemplazo de articulación, cadera (derecha, izquierda, bilateral)	Bazo
Riñón: Biopsia	Testículos retirados (derecha, izquierda, bilateral)
Riñón: Retiro de cálculo	Útero: (Histerectomía) Fibroma
Trasplante de riñón	Útero: (Histerectomía) Cáncer uterino
Riñón: Nefrectomía (Derecha, izquierda)	Útero: (Histerectomía) Cáncer de cuello uterino
Hígado: Hepatectomía	<u>NINGUNO</u>

Otro: _____



RIVERCHASE
DERMATOLOGY

Antecedentes de enfermedades cutáneas: (por favor, encierre todas las que apliquen)

- | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------|
| Acné | Piel seca | Hiedra venenosa |
| Queratosis actínica | Eczema | Lunares precancerosos |
| Asma | Cuero cabelludo descamado
o con picazón | Psoriasis |
| Cáncer cutáneo de células
basales | Alergias/ Fiebre del heno | Cáncer de piel escamoso |
| Ampollas por quemaduras
de sol | Melanoma | NINGUNO |

Otro:

¿Usa protector solar? Sí No

En caso de sí, ¿qué FPS? _____

¿Se broncea en un salón de bronceado? Sí No

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? Sí No

En caso de sí, ¿qué parientes? _____

Medicamentos: (Por favor, enliste todos los medicamentos & dosis actuales)

Alergias: (Por favor, ingrese todas las alergias a fármacos)

Antecedentes sociales:

Tabaquismo:

Nunca ha fumado

Actualmente fuma

Ha fumado en el pasado

Fumador anteriormente

Uso de alcohol:

Ninguno

Menos de 1 bebida por día

1-2 bebidas por día

3 o más bebidas por día

Antecedentes familiares: (Enfermedades, padecimientos cutáneos significativos o de otra manera. Sólo parientes biológicos de primer grado, madre, padre, hermano, hermana e hijos)

PADECIMIENTO

PARIENTE



RIVERCHASE
DERMATOLOGY

Revisión de sistemas: ¿Actualmente experimenta alguno de los siguientes? (Por favor, marque “SÍ” o “NO”)

SÍNTOMA	SÍ	NO	SÍNTOMA	SÍ	NO
Dolor abdominal			Debilidad muscular		
Ansiedad			Rigidez en cuello		
Heces con sangre			Sudoración nocturna		
Orina con sangre			Problemas con sangrado		
Visión borrosa			Problemas para cicatrizar		
Dolor en el pecho			Cicatrización (Hipertrófica/ queloide)		
Depresión			Convulsiones		
Fiebre o escalofríos			Dificultad respiratoria		
Fiebre del heno			Problemas de tiroides		
Dolores de cabeza			Pérdida de peso no intencional		
Inmunosupresión			Sibilancias		
Dolor articular			Otro:		

Alertas: (por favor, marque todas las que apliquen)

- Alergia al adhesivo
- Anticoagulantes
- Desfibrilador
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Antecedentes de melanoma
- VIH/ SIDA
- Alergia al yodo
- En lactancia/ amamantando
- Alergia al látex
- Alergia a la lidocaína
- Alergia a medicamentos- POR FAVOR, ASEGÚRESE DE ENLISTAR TODAS LAS ALERGIAS EN LA HOJA ANTERIOR
- Marcapasos
- Alergia a la polisporina
- Embarazo
- Planificación de embarazo
- Antibióticos preoperatorios

Farmacia:

Nombre de la farmacia: _____

Ubicación (cruce de caminos): _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Ciudad o código postal: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nto. del paciente: _____

Proveedor: _____

Consentimiento informado – Consentimiento general para tratar

INSTRUCCIONES

El presente consentimiento brinda a nuestros proveedores (médicos, enfermeras practicantes y asistentes médicos) y al personal, su permiso para realizar exámenes médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, indica que acepta el tratamiento que puede incluir, entre otros:

- Valoración
- Recolección de información médica
- Fotos de áreas de tratamiento para documentación clínica.
- Comunicación con proveedores, farmacias, laboratorios, etc. involucrados en la atención
- Importación de base de datos de farmacia, laboratorio u otra información clínica al registro médico
- Comunicación electrónica utilizando el portal del paciente, el quiosco y las aplicaciones asociadas utilizadas junto con el registro de salud electrónico (EHR)

Laboratorio/Patología/Valoraciones

Es importante tener en cuenta que cualquier biopsia o muestra de tejido recolectada para análisis de diagnóstico debe, por ley, ser analizada por un laboratorio, incluso si desea rechazar el tratamiento en función de los resultados de la patología (consulte el Título XXXII, Capítulo 483 del Estatuto de Florida).

- Yo o mi representante legal entendemos que mi compañía de seguros designa el laboratorio y el patólogo donde se envía mi biopsia para fines de diagnóstico.
- Si no tengo seguro o tengo un deducible alto, entiendo que yo o mi representante legal podemos ser responsables del pago de estos cargos de laboratorio.
- Si yo o mi representante legal tenemos más preguntas con respecto a estos cargos, entiendo que debo comunicarme con mi compañía de seguros con respecto a mi cobertura.
 - o NOTA: Debido a las amplias variaciones en los deducibles y la cobertura de las pólizas de seguro médico, las muestras pueden estar sujetas a pruebas de laboratorio adicionales y/o tarifas de consulta si se considera necesario para llegar a un diagnóstico.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

- Yo o mi representante legal hemos leído y entendido la información que se me proporcionó
- Yo o mi representante legal tuvimos la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis/nuestras preguntas han sido respondidas a mi/nuestra satisfacción.
- Yo o mi representante legal tenemos derecho a dar consentimiento y rechazar procedimientos en cualquier momento durante el tratamiento o la visita.
- Yo o mi representante legal entendemos los riesgos de rechazar los procedimientos, incluyendo la limitación de mi proveedor para diagnosticar o tratar adecuadamente mis afecciones y los riesgos asociados con no seguir el plan de atención ordenado por mi proveedor.

- Yo o mi representante legal aceptamos comunicarnos con el proveedor a través del quiosco, el portal del paciente u otras aplicaciones asociadas con mi EHR.
- Yo o mi representante legal entendemos que tengo acceso inmediato a mi información médica usando estas aplicaciones y que tengo derecho a revisar, descargar y/o transmitir mi información médica de estas aplicaciones a cualquier persona que yo o mi representante legal consideremos conveniente.
- Yo o mi representante legal aceptamos la responsabilidad total de mi atención médica en caso de no presentarme, cancelar o no acudir a las remisiones recomendadas a otros médicos o proveedores de atención médica.

Tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su proveedor, incluido el propósito de la recomendación, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le ordene, y cualquier pregunta que tenga con respecto a estas recomendaciones. Si se recomiendan pruebas invasivas, procedimientos de intervención o procedimientos quirúrgicos adicionales, se requerirá el consentimiento informado para dichas pruebas o procedimientos.

Este consentimiento permanecerá plenamente en vigor hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Certifico que he leído y entiendo por completo las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de los proveedores y el personal. Asumo libremente la responsabilidad por los costos financieros no cubiertos por mi compañía de seguros y asumo libremente la responsabilidad por los riesgos y resultados que resulten de no seguir el plan de atención ordenado por el proveedor.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

PÓLIZA FINANCIERA

Comprender su responsabilidad financiera es un componente esencial para establecer y mantener una relación sólida entre el paciente y la práctica. Para lograrlo, le ofrecemos la siguiente información sobre nuestras pólizas de seguros y financieras.

Su seguro es un contrato legal entre su aseguradora y usted. Es su responsabilidad conocer y comprender los términos, lineamientos y limitaciones de su plan. También es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su seguro, su dirección o su empleador. Si no se obtiene la información actual en el momento del servicio, será responsabilidad del paciente pagar hasta que se proporcione la información actual.

Como cortesía, verificaremos sus beneficios con su compañía de seguros. Una cotización de beneficios no es una garantía de beneficios o de pago. Aunque tenemos contratos con muchos planes de seguro, es posible que nuestros servicios no estén cubiertos por su plan de seguro específico. Su reclamación se procesará de acuerdo con su política en función de los servicios prestados. Recuerde que usted es totalmente responsable de todos los cargos incurridos, la remisión de su médico y nuestra verificación de los beneficios de su seguro no son una garantía de pago.

Medicare y planes de seguros contratados

Si tiene Medicare tradicional o es miembro de un plan de salud en el que participamos, enviaremos su reclamación a su compañía de seguros. Nuestro personal verificará sus beneficios y cobrará cualquier copago, coseguro y/o deducible en el momento en que se presten los servicios según lo requiera su compañía de seguros. Se le facturará en su totalidad por cualquier servicio que su plan de salud considere "no un beneficio" o un "servicio no cubierto".

Planes de seguro secundarios/suplementarios

Nos complace presentar reclamaciones secundarias y complementarias como cortesía. En el caso de transportistas secundarios no contratados, el saldo pasará a ser responsabilidad del paciente a los 30 días de presentada la reclamación.

Remisión

Si su póliza requiere una remisión de su médico general para que sea visto en este consultorio, la remisión debe estar presente en el momento de la visita. Haremos todo lo posible para asegurar uno en su nombre, pero finalmente, la responsabilidad es suya. Sin una, es posible que deba reprogramar su cita. Le invitamos a que llame a su médico general y que nos envíe su remisión por fax.

Planes de reemplazo de Medicare

Presentaremos todos los planes PFFS (Plan de Pago-por-Servicio) con los que tenemos contrato. Los pacientes son responsables de todos los deducibles, coseguros y copagos. Para conocer el resto de los planes, consulte los planes de seguro contratados y no contratados anteriormente.

Medicaid

No tenemos contrato con la mayoría de los planes de Medicaid. Los pacientes de Medicaid con planes en los que no participamos y que buscan servicios son responsables del pago total en el momento del servicio.

Tarjeta en archivo

Para su comodidad, hemos implementado una política que le permite mantener la información de su tarjeta de crédito/débito ("Tarjeta") archivada con nosotros. Si se proporciona y solo con su consentimiento, esta información se mantendrá de forma segura para permitirle la opción de aprobar un pago sin tener que presentar su tarjeta nuevamente. Firmar este Consentimiento de ninguna manera requiere que coloque una tarjeta en el archivo ni compromete su capacidad de disputar un cargo. Si opta por colocar una tarjeta en el archivo, tiene derecho a eliminar dicha tarjeta en cualquier momento, ya sea por escrito o verbalmente en persona o por teléfono con un miembro de nuestro equipo. Cualquier tarjeta colocada en el archivo se almacenará hasta que se solicite su eliminación o caduque. No se realizarán cargos sin su iniciación o solicitud.

Menores de edad

Un padre o tutor legal debe acompañar a todos los pacientes menores de 18 años para autorizar el tratamiento y las disposiciones financieras. Si se trata de un padre con custodia, podemos enviar los cargos al seguro de otro padre; sin embargo, el saldo no cubierto por el seguro se facturará al padre que presenta al niño para su cuidado. Cualquier paciente mayor de 18 años será financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

Citas perdidas

Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo reservado para usted. Las cancelaciones deben hacerse 24 horas antes de la cita programada, o nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de hasta \$100.

Registros médicos

Las copias de los informes de patología se le proporcionan a usted o a otro médico sin cargo. Cualquier solicitud adicional de registros médicos y/o completar formularios (por ejemplo, discapacidad, seguro de vida, pólizas de cáncer, etc.) están sujetos a tarifas de procesamiento determinadas por la ley estatal y los acuerdos contractuales. Tenga en cuenta que las solicitudes de registros médicos requieren tiempo para ser procesadas y no se pueden proporcionar el mismo día que se solicitan.

Tarifas de cobro

Los estados de cuenta se envían mensualmente a los pacientes con saldos personales. El pago vence al recibir el estado de cuenta. Si no puede pagar el saldo en su totalidad, comuníquese con nuestro departamento de facturación al número de teléfono que se proporciona en su estado de cuenta. Los saldos personales de más de 90 días a partir de la fecha del servicio se enviarán a nuestra agencia de cobro. En caso de que una cuenta sea entregada a una agencia de cobranza externa, los pacientes serán responsables de cualquier tarifa de cobranza de hasta el 35 %, así como de los costos judiciales, los honorarios de abogados y los cargos de la agencia de cobranza.

Cargo por cheque devuelto

Se agregará un cargo de \$25 al saldo de su cuenta además del monto del cheque devuelto por fondos insuficientes.

Tarifas de patología

Nuestra práctica cuenta con un laboratorio y un patólogo en el lugar que realizan la preparación de portaobjetos y la interpretación de las muestras de biopsia de nuestros pacientes. Las tarifas asociadas con este servicio son independientes del procedimiento realizado por su proveedor tratante.

Dependiendo de factores específicos, su proveedor puede enviar la muestra a un laboratorio externo para el procesamiento e interpretación de los portaobjetos. En esos casos, los pacientes o su seguro recibirán una factura del laboratorio externo.

Nuestros proveedores se reservan el derecho de enviar las muestras de sus pacientes al dermatólogo más calificado de su elección. Por lo tanto, **si su seguro requiere el uso de un laboratorio específico, es su responsabilidad brindarnos esa información antes de que lo atiendan. El no hacerlo puede generar costos de desembolso adicionales para usted según lo evalúe su plan de seguro.**

Servicios cosméticos

Los pacientes son financieramente responsables de todos los procedimientos cosméticos en el momento del servicio, incluidos los servicios que no son médicamente necesarios y no están cubiertos. Esta oficina no cobra a las compañías de seguros por procedimientos cosméticos. Para obtener información más detallada, consulte a uno de nuestros coordinadores cosméticos.

Honorarios por consulta

Tenemos derecho a cobrar honorarios por consulta de hasta \$100 por cualquier visita que no sea médica. Este crédito podrá ser transferido a cualquier procedimiento cosmético con el mismo proveedor en los siguientes doce meses.

Mi firma a continuación indica que he leído, entiendo y cumpliré con la información contenida en esta política financiera. Una copia de esta política está disponible con previa solicitud.

Divulgación de información y asignación de beneficios

Autorizo la divulgación de información médica a mi médico general o médico remitente, a consultores si es necesario y según sea necesario para procesar reclamaciones de seguros, solicitudes de seguros y prescripciones. También autorizo el pago de beneficios médicos al Médico/Proveedor si corresponde.

Firma del paciente

Fecha

Autorización de HIPAA

Autorizo a la práctica y sus agentes a divulgar mi información de salud protegida entre la práctica, sus agentes y/o yo mismo con el propósito de mi atención y tratamiento. Además, autorizo a la práctica a divulgar mi información de salud protegida, incluidas las copias de los registros médicos y del hospital correspondientes y la información de salud protegida obtenida antes de la fecha de esta autorización a:

- Cualquier tercero pagador que cubra los servicios médicos del paciente;
- Otros profesionales de la salud e instituciones involucrados en la prestación de atención médica al paciente;
- El defensor de cualquier citación legalmente suficiente, o en respuesta a una orden judicial;
- Empleados y agentes de la práctica, en la medida necesaria para facilitar la prestación de servicios de atención médica y el pago de dichos servicios;
- Según lo exija la ley.

Además, doy mi consentimiento para que se tomen fotografías mías o de partes de mi cuerpo para usarlas en registros médicos. En cada caso, la práctica tomará las medidas razonables para garantizar que solo se divulgue la información mínima necesaria de acuerdo con lo anterior. También autorizo por medio de la presente la divulgación de información de salud personal a las personas que yo elija para que me acompañen en el consultorio mientras me examinan.

La práctica puede comunicarse conmigo para recordarme mi cita o cobrar el dinero que debo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico a cualquier número o correo electrónico que yo proporcione o que esté asociado con mi cuenta, incluidos, entre otros, números de teléfono celular/inalámbrico. lo que puede resultar en que incurra en cargos por la llamada o el mensaje de texto. Entiendo, reconozco y acepto que dicha comunicación puede provenir de dispositivos de marcación automática y mediante mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial o mensajes de correo de voz. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones por escrito en cualquier momento.

Al otorgar esta autorización, entiendo que:

1. El término "información de salud protegida" es información identificable de manera individual sobre el paciente que incluye la atención médica pasada, presente o futura del individuo y es transmitida y/o almacenada por una entidad cubierta o un socio comercial.
2. Se me ha dado acceso al Aviso de Privacidad de la Práctica.
3. He tenido la oportunidad de imponer restricciones especiales al consentimiento otorgado por la presente.
4. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a 900 Village Square Crossing Ste 290, Palm Beach Gardens, FL., 33410
5. Puedo revocar esta autorización excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada con base en esta autorización.
6. La firma de esta autorización es voluntaria. Acepto que se puede negar el tratamiento si no autorizo esta divulgación de información de salud protegida.
7. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

También autorizo por medio de la presente la divulgación de información de salud personal de las siguientes maneras y a las siguientes personas:

Escriba sus iniciales para poder dejar un mensaje de voz: _____

Enviar correo a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

A las siguientes personas:

1. Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

2. Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

3. Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

No quiero que mi información personal de salud se divulgue a terceros.

Restricciones especiales: _____

Esta autorización ejecutada se almacenará en su registro médico y estará disponible para usted con solicitud previa. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

La presente autorización no tiene fecha de vencimiento y permanecerá vigente hasta que se actualice o revoque por escrito.

Firma del paciente

Fecha

Fecha de entrada en vigor: 14 de junio de 2021

*Solicite una copia de la versión completa de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad si desea comprender mejor cómo administramos su información médica protegida. Puede comunicarse con el Director de Cumplimiento de Riverchase si tiene preguntas o dudas adicionales con respecto a la privacidad y seguridad de su información de salud protegida en compliance@riverchasederm.com o por teléfono al 844-275-3458.

Se me proporcionó y acuso de recibido del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente/representante del paciente: _____ Fecha: _____