

Integrated Dermatology & MedSpa of Groton

Patient Name: First _____ Middle _____ Last _____

Street Address _____ Town _____ Zip _____

Preferred Phone _____ (cell/home/work- please circle one)

Secondary Phone _____ (cell/home/work) SSN: _____ - _____ - _____

DOB ____/____/____ Email _____

Marital Status _____ Have you been seen here before: Y / No / Unsure

Employer _____ Occupation _____

Address (city) _____

(For Minor/s) Parent or Guardian Name _____ Relationship: _____

Pharmacy _____ Town _____ Pharmacy Card ID# _____

May we leave a message on your answering machine and/or cell phone?	Yes	No
May we speak with or leave message with your spouse/parents/emergency contact? (if yes, please list names)	Yes	No

Primary Insurance Company _____

Insured Name _____ Relationship to patient _____

Insured DOB ____/____/____ Insured Employer _____

ID# _____ Group# _____ SSN: _____

Secondary Insurance Company _____

Insured Name _____ Relationship to patient _____

Insured DOB ____/____/____ Insured Employer _____

ID# _____ Group# _____ SSN: _____

I understand that I am financially responsible for all charges for services provided to me including the balance remaining after payment of insurance benefits. I authorize payment for medical services rendered and release of any medical information necessary to process this claim

Signature _____ Date: _____

Integrated Dermatology & MedSpa of Groton

Name: _____ Age _____ Last Dermatology appointment: ___/___/___

Primary Care/Referring MD _____ Location _____

Reason for the visit: _____

- ❖ How long have you had this skin condition: _____
- ❖ Where is this skin condition located: _____
Previous treatments for this condition: _____
- ❖ Describe the symptoms you are having: _____
- ❖ Does anything make it better or worse: _____
- ❖ Scale 1-10, how much does this skin condition affect you: _____
- ❖ Any recent travel: Yes/ No **if yes**, Location & Date: _____

Please list all medications/vitamins _____

Allergies/ Reactions: _____ Last Menstrual Cycle: _____

Are you Pregnant: Yes / No **If yes**, due date: _____

Past Dermatologic Conditions

Past Medical Conditions

Atopic Dermatitis:	Yes / No	Diabetes:	Yes / No
Psoriasis:	Yes/ No	Cancer:	Yes / No
Basal Cell:	Yes/ No	Heart Disease:	Yes / No
Squamous Cell:	Yes/ No	Joint conditions:	Yes / No
Melanoma:	Yes/ No	Pacemaker:	Yes / No
Blistering Sun Burns	Yes/ No	Have you ever smoked:	Yes/ No

How are you feeling today?

Family Medical History

Fever:	Yes / No	Skin Cancers: If Yes, Who?	Yes / No _____
Joint Pain:	Yes/ No	Psoriasis:	Yes / No
Bleeding:	Yes/ No	Eczema:	Yes / No
Nausea:	Yes/ No	Do you wear sunscreen daily:	Yes / No
Headache:	Yes/ No	Do you have any Cosmetic Concerns:	Yes / No

PATIENT FINANCIAL POLICY AND SIGNATURE ON FILE

Patient Name: _____ Date: _____

NO SHOW POLICY

Please be advised that a \$50.00 No Show charge will be applied to your account.

Patient, legal guardian or responsible party signature _____ Date _____

PAYMENT POLICY:

Medicare: We are participating providers of the Medicare program. We will accept assignment on all claims. Patients are responsible for meeting their annual deductible and paying for the 20% co-payment. We file the secondary/supplemental carriers. Medicare does not cover cosmetic procedures.

HMO, PPO or other menaced care patients: You will responsible for paying your annual deductible, co-payments and charges for any non-covered or cosmetic procedures.

Commercial Patients: Patients who are covered by private, commercial plans in which our physicians are not providers will be required to pay the bill at the time of service. The office may agree to bill insurance first in the case of expensive surgical procedures. The entire unpaid balance left after payment from your insurance will be billed to you regardless of the benefits and payment policies of your carrier.

Patient, legal guardian, or responsible party signature _____

Date: _____

MEDICARE PATIENTS ONLY:

This office is required to keep your signature on file authorizing us to file claims to Medicare for you and to release information to that payer if they require it for the proper consideration of a claim. Please read and sign the following statement:

I authorize any holder of medical or other information about me to release to the Social Security Administration and the Centers for Medicare and Medicaid Services or its Intennedieries or carrier any information needed for this or a related Medicare claim. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original, and request payment of medical insurance benefits either to myself or the par who accepts assignment. Regulations pertaining to Medicare assignment of benefits apply.*

Signature as It appears on Medicare Card _____

Date: _____

If you have a supplemental policy and it is MEDIGAP policy to which your Medicare Carrier automatically "crosses over, we are required to keep a separate signature on file:

I request authorized MEDIGAP benefits be made on my behalf for arty services famished to me. Authorize any holder of medical information to release the above MEDIGAP carrier any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.

Signature as it appears on Medicare Card _____

Date: _____

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Integrated Dermatology
481 Gold Star Highway, Suite 201
Groton, CT 06340
(860)445-8020

Patient Name _____

I hereby acknowledge that I have been offered a summary or full copy (my Preference) of the Integrated Dermatology Notice of Privacy Practices, I understand that I may request a copy of any amended Notice of Privacy Practices at any time.

Signed _____ **Date** _____

Printed name _____ **Phone** _____

If not signed by the patient, please indicate your relationship to the patient

For office use only:

Signed form received from: _____

Refused to sign: _____

Reason for refusal: _____

Efforts to obtain: _____

Dermatología Integrada y MedSpa de Groton

Primer Nombre de Paciente _____ Segundo N. _____
 Apellido _____ Cual es su dirección _____
 Ciudad _____ Código Postal _____
 Teléfono preferido (____) _____ - _____ (celular/casa/trabajo- por favor circule uno)
 Secundaria (____) _____ - _____ (celular/casa/trabajo) SSN: _____
 FDN ____/____/____ correo electrónico _____ Estado civil _____
 Empleador _____ Ocupación _____
 (Para Menores) Nombre de padre o guardián _____
 Relación _____ Farmacia del paciente: _____
 Dirección (ciudad) _____ ID de tarjeta de Farmacia# _____

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático y/o teléfono celular?	Sí	No
¿Podemos hablar o dejar un mensaje con su cónyuge / padres? (En caso afirmativo, indique los nombres) _____	Sí	No

1. **Seguro primario** Compañía de Seguro _____

Relación con el paciente _____ Asegurado FDN ____/____/____

Asegurado Employer _____ ID# _____

2. **Secundario** Compañía de Seguro _____

Relación con el paciente _____ Asegurado FDN ____/____/____

Asegurado Employer _____ ID# _____

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos por los servicios que se me proporcionan, incluido el saldo restante después del pago de los beneficios del seguro. Autorizo el pago de servicios médicos

Entrega y divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este redamo

Firma _____ Fecha: _____

Dermatología Integrada y MedSpa de Groton

Primer Nombre de Paciente _____ Última cita Dermatología: ___/___/___

Doctor Primario _____ Dirección (ciudad) _____

Motivo de la visita: _____

- ◆ ¿Cuánto tiempo ha tenido esta condición de la piel? _____
- ◆ ¿Dónde se encuentra esta afección de la piel? _____
- ◆ ¿Tratamientos previos para esta condición? _____
- ◆ ¿Describa los síntomas que está teniendo? _____
- ◆ ¿Hay algo que lo haga mejor o peor? _____
- ◆ Escala del 1 al 10, ¿cuánto te afecta esto? _____
- ◆ Cualquier viaje reciente: Sí / No --En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Por favor enumere sus medicamentos/vitaminas _____

Alergias/Reacciones _____

¿Está embarazada? Sí / No -- En caso afirmativo, fecha de parto: _____

Condiciones Dermatológicas Pasadas:

Condiciones Medicas Pasadas:

Dermatitis Atópica:	Sí / No	Diabetes	Sí / No
Soriasis	Sí / No	Cáncer	Sí / No
Célula basal	Sí / No	Enfermedad del corazón	Sí / No
Células escamosas	Sí / No	Condiciones de las articulaciones	Sí / No
Melanoma	Sí / No	Marcapasos	Sí / No
Quemaduras de sol ampollas	Sí / No	¿Ha fumado alguna vez?	Sí / No
Náuseas?	Sí / No	¿Usas protector solar?	Sí / No
Dolor de Cabeza?	Sí / No	¿Tiene alguna preocupación cosmética:	Sí / No

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE Y FIRMA EN EL ARCHIVO

Primer Nombre de Paciente _____ **Última cita Dermatología:** ___/___/___

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN

Tenga en cuenta que se aplicará a su cuenta un cargo de \$50.00 por no presentarse.

Paciente, tutor legal o responsable _____ **Fecha:** _____

POLÍTICA DE PAGO:

Medicare: Somos proveedores participantes del programa Medicare. Aceptaremos la cesión en todas las reclamaciones. Los pacientes son responsables de alcanzar su deducible anual y pagar el co-pago del 20 %. Presentamos los portadores secundarios/suplementarios. Medicare no cubre los procedimientos cosméticos.

HMO, PPO u otros pacientes de atención amenazada: Usted será responsable de pagar su deducible anual, copagos y cargos por cualquier procedimiento cosmético o no cubierto.

PACIENTES COMERCIALES: los pacientes que están cubiertos por planes comerciales privados en los que nuestros médicos no son proveedores deberán pagar la factura en el momento del servicio. La oficina puede acordar facturar primero al seguro en el caso de procedimientos quirúrgicos costosos. Se le facturará todo el saldo impago que quede después del pago de su seguro, independientemente de los beneficios y las políticas de pago de su proveedor.

Firma del paciente, tutor legal o parte responsable _____ **Fecha:** _____

SOLO PACIENTES CON MEDICARE:

Esta oficina está obligada a mantener su firma en el archivo que nos autoriza a presentar reclamos a Medicare por usted y divulgar información a ese pagador si la requiere para la consideración adecuada de un reclamo. Lea y firme la siguiente declaración:

I autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Seguridad Social Administración y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus Internederies o compañía de seguros cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico para mí o para el par que acepta la asignación. Se aplican las normas relativas a la asignación de beneficios de Medicare.*

Firma del paciente, tutor legal o parte responsable _____ **Fecha:** _____

Si tiene una póliza complementaria y es una póliza MEDIGAP a la que su aseguradora de Medicare "cruza automáticamente", estamos obligados a mantener una firma separada en el archivo:

Solicito que se hagan a mi nombre las prestaciones autorizadas de MEDIGAP por servicios arty famélicos para mí. Autorizar a cualquier titular de información médica a divulgar al proveedor de MEDIGAP mencionado anteriormente cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Firma del paciente, tutor legal o parte responsable _____ **Fecha:** _____

Dermatología Integrada y MedSpa de Groton

**481 Gold Star Highway, Suite 201
Groton, CT 06340
(860) 445-8020**

Nombre del paciente: _____

Por la presente reconozco que se me ha ofrecido un resumen o una copia completa (mi preferencia) del Aviso de Prácticas de Privacidad de Dermatología Integrada, entiendo que puedo solicitar una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad modificado en cualquier momento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Telefono: _____

Si no está firmado por el paciente, indique su relación con el paciente y su nombre: _____

<u>Sólo para uso de oficina:</u>
Formulario firmado recibido de: _____
Se negó a firmar: _____
Motivo de la denegación: _____
Esfuerzos para obtener: _____