

Pacientes Nuevos

Bienvenido a Thomas Dermatology! Por favor complete toda la información con la mayor precisión posible. Si está completando esto en casa, traiga todas las páginas adjuntas. Todas las repuestas son confidenciales.

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Años: _____ Qué Género: _____ Estado Civil: _____ SS#: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____
Altura: _____ Peso: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____

Si la/el paciente es menor de edad

Padres/Guardian/a: _____ FDN: _____ SS#: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Seguro Primarios

Nombre: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Titular de Póliza: _____ Relación: _____ FDN: _____

Seguro Secundario

Nombre: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Titular de Póliza: _____ Relación: _____ FDN: _____

Atención Primaria

Proveedor Primaria/o: _____ Proveedor de Referencia: _____

Farmacia

Nombre: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

Historial del Paciente

Revisión de Sistemas

- Moretones con facilidad
 Cicatrización fácil
 Sangrado Excesivo
 Dolor en las Articulaciones
 Erupción Cutánea
 Inmunodeprimido

Historial Medico

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer interno
Tipo/año: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad autoinmune
Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> ¿Estas embarazada? |
| <input type="checkbox"/> Alergias a los alimentos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> ¿Estas amamantando? |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón
Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Orto: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Artritis | | |

Historia de Cirugía

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trasplanté de Órgano: Órgano: _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Mohs o Cirugía de Cáncer de Piel |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación: articulación: _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Artificial: Tipo: _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos /Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Medula Ósea/trasplanté de células madre: _____ Año: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Historia de la Piel

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Piel Seca/Eczema | <input type="checkbox"/> Anormal Moles |
| <input type="checkbox"/> Queratosis Actínica | <input type="checkbox"/> Perdida de Cabello | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Carinoma de Células Basales | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Squamous Cell Carcinoma |
| <input type="checkbox"/> al menos una quemadura solar con ampollas? | <input type="checkbox"/> ¿Usas bloqueador solar? S/N | <input type="checkbox"/> Orto: _____ |
| <input type="checkbox"/> A usado cama de bronceado? | <input type="checkbox"/> Trabaja: adentro / afuera | _____ |

Historia familiar

- Melanoma
 Célula Basal/ Escamosa
 Asma
 Alergias
 Eczema
 Psoriasis

Medicamentos/Suplementos

Alergias a Medicamentos/Productos

Historia Social

- Alcohol: Frecuencia _____
 Fumadora/o: Frecuencia: _____

¿Este formulario está siendo llenado por alguien que no es el paciente? Si / No Razón si es Si: _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

Política Financiera

Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que usted está obligado a leer y firmar antes del tratamiento.

- TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR NUESTRA INFORMACION DEL PACIENTE, HISTORIA DEL PACIENTE Y FORMAS DE POLICA DE HIPAA ANTES DE VER A UN PROVEEDOR.
- LAS TARJETAS DE SEGURO VIGENETES Y UNA IDENTIFICACION CON FOTO DEBAN PRESENTARSE AL REGISTRARSE PARA SER ESCANEADA EN NUESTRO SISTEMA. SI THOMAS DERMATOLOGY ACEPTA ATENDER AL PACIENTE SIN TARJETAS DE SEGURO VIGENTES, EL PACIENTE ACEPTA ACEPTAR LA REPOSABILIDAD ECONOMICA COMPLETA DE LA CITA Y CUALQUIER COMPLICACION DE FACTURACION DEL SEGURA QUE PUEDE SURGIR DEBIDO A LA FALTA DE INFORMACION ACTUALIZADA DEL SEGURO.
- EL PAGO COMPLETO SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO PARA LOS PACIENTES DE EFECTIVO, AL MENOS QUE SE HALLAN HECHO ARREGLOS ANTIERIORES.
- LOS PAGOS DE CO-PAGO, CO-SEGURO DEDUCIBLE SE DEBEN EN EL TIEMPO TO CHECK-OUT PARA LOS PACIENTES ASEGURADOS.
- ACEPATMOS EN EFECTIVO, CHEQUE, VISA, MASTER CARD, AMEX Y DISCOVER, ASI COMO TARJETAS DE DEBITO.
- CUALQUIER SALDO DEBIDO DE VISITAS ANTERIORES DEBE PAGARSE ANTES DE CUALQUIER VISITA POSTERIOR.
- TODAS LAS CUENTAS CON 90 DIAS VENCIMIENTO SERAN ASIGNADAS AUTOMATICAMENTE A UNA AGENCIA DE COBRO A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS ANTERIORES.
- SI LA CUENTA SE ENTREGA A UNA AGENCIA SE COBRANZA, EL PACIENTE ACEPTA PAGAR TODO LOS GASTOS QUE NUESTRA CONSULTA PUEDA INCURIR PARA COBRAR EL SALDO MOROSO. LAS TARIFAS DE COBRO SON ENTRE EL 40% Y EL 50% DEL SALDO DEBIDO, Y SE DEBAN ADEMAS DEL SALDO DEBIDO.
- ADEMAS, TODAS LAS CUENTAS VENCIDAS POR 90 DIAS ESTARAN SUJETAS A INTERES A UNA TASA DEL 2% MENSUAL.
- SU CITA PROGRAMADA TIENE UN PERIODO DE GRACIA DE 15 MINUTOS. MAS ALLA DE ESE TIEMPO, SE LE PUEDE REQUERIR UNA REPROGRAMACION.
- **EL PACIENTE RECONOCE QUE SE LE COBRARÁ UNA TARIFA DE \$50 SI NO SE PRESENTA SIN LLAMAR PARA CANCELAR CON AL MENOS 24 HORAS DE SU CITA.**
- **LOS PACIENTES ESTÉTICOS QUE NO SE PRESENTEN SIN CANCELAR CON AL MENOS 24 HORAS DE SU CITA, PERDERÁN SU DEPÓSITO.**
- POR FAVOR TENGA EN QUENTA QUE LA EXENCION DE LOS CARGOS DE DEDUCIBLE Y COPAGOS ES ILIGAL Y UN INCUMPLIMIENTO DEL CONTRACTO CON LAS COMPANIAS DE SEGUROS.

COBERTURA DEL SEGURO

SI SU COMPANIA DE SEGURO REQUIRE UNA REFERENCIA MEDICO DE ATENCION PRIMARIA, ES SU RESPONSABILIDA OBTENER LA REFERENCIA/TELEFONO DE REFERENCIA, Y LLEVARLO CON USTED A SU VISITA.

SI NO TIENE REFERENCIA/TELEFONO DE REFERENCIA Y SU COMPANIA DE SEURO LO QUIERE, ES POSIBLE QUE TENGAMOS QUE REPROGRAMAR SU CITA.

YO, EL ABAJO FIRMANTE, POR LA PRESENTE AUTORIZO A MI(S) ASEGURADORA(S) A PAGAR DIRECTAMENTE A THOMAS DERMATOLOGY LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, SI CORRESPONDE, QUE DE OTRO MODO SE ME PAGARIAN POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIAMENTE REPOSABLE DE QUAL QUIER CARGO NO CUBIERTO POR DICHA(S) COMPANIA(S) DE SEGUROS, INCLUIDOS LOS MONTOS DE COPAGO Y/O DEDUCIBLE.

YO, EL ABAJO FIRMANTE, POR LA PRESENTE TAMBIEN DOY MI PERMISO A THOMAS DEERMATOLOGY PARA PROPROCINAR A MI(S) COMPANIA(S) DE SEGUROS TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON MIS REGISTROS MEDICOS.

HE LEIDO LA POLITICA FINANCIERA Y LA COBERTURA DE SEGURO DESCRITA ANTERIORMENTE Y ENTIENDO Y ACEPTO TODAS LAS DISPOSICIONES.

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En Thomas Dermatology, nos comprometemos a tratar utilizar la información medica protegida sobre usted de manera responsable. Este aviso de prácticas de información de salud describe la información personal que recopilamos y como y cuando usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información de salud protegida. Este aviso es efectivo y se aplica a toda la información de salud protegida según lo definido por las regulaciones federales.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y desea obtener información adicional puede comunicarse con la Oficial de privacidad de la práctica, Mary Ann Lopez al 702-430-5333 Ext 121. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de la práctica o ante la Oficina de derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles.

La dirección es: Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Independence Ave S.W Room 509F, HHH building, Washington, D.C. 20201

Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

A pedido mío, se me presentará una copia del Aviso de políticas de privacidad de Thomas Dermatology, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitido por la ley federal y estatal. Entiendo el contenido del Aviso y solicito las siguientes restricciones con respecto al uso de mi información médica personal:

He leído el Aviso de Practicas de Privacidad de HIPAA descrito anteriormente, y entiendo y estoy de acuerdo con todas sus disposiciones.

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

Permita el acceso a mi información de Salud Protegida (PHI) a mi:

Cónyuge / Hijo / Padres / Guardador / Otro:

Nombre: _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

Términos de Servicios

Escriba sus iniciales y firme:

Autorizo a Thomas Dermatology a recibir, enviar por correo, enviar por fax y/o enviar por correo electrónico mis registros médicos a otro médico o centro médico durante el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Autorizo a Thomas Dermatology a acceder a mis registros e historial farmacéutico.

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Thomas Dermatology sobre cualquier cambio en mi información, incluida la dirección postal, los números de teléfono, las pólizas de seguro o cualquier otra información necesaria para comunicarse conmigo, cobrar pagos o realizar mi tratamiento. Toda la información presentada hoy es precisa y actual.

Autorizo a Thomas Dermatology a ponerse en contacto conmigo por cualquier método para el que proporcione información de contacto. Entiendo que si no quiero que Thomas Dermatology se comunique conmigo utilizando un método específico, no proporcionare ese método aplicable.

Autorizo a Thomas Dermatology a enviar cualquier muestra obtenida durante el curso de mi tratamiento a un laboratorio externo. Los servicios de estos laboratorios son independientes de los recibidos de Thomas Dermatology y serán facturados por separado por ese laboratorio. Thomas Dermatology hará todo lo posible para enviar la muestra a un laboratorio dentro de la red seguros, pero es mi responsabilidad informar a Thomas Dermatology de un laboratorio contratado por mi seguro.

Nombre del Paciente en letra de imprenta _____ DOB: _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ Fecha: _____

Divulgación de registros médicos

POR FAVOR LLENE SÓLO EL ÁREA DESTACADA

Por favor ponga sus iniciales y firme:

Yo, el abajo firmante, por la presente doy permiso al consultorio de mi médico identificado a continuación para proporcionar a Thomas Dermatology toda la información relacionada con mis registros médicos.

Yo, el abajo firmante, por la presente doy permiso a Thomas Dermatology para proporcionar al consultorio de mi médico identificado a continuación toda la información relacionada con mis registros médicos.

Nombre del médico: _____

Oficina: _____

Attn: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Registros solicitados: _____

Yo, el abajo firmante, solicito una copia de mi información médica protegida a Thomas Dermatology. Entiendo que de acuerdo con NRS 629.061, se proporcionará una copia de mis registros médicos dentro de los 30 días posteriores a la fecha o recepción de esta solicitud y que puede haber una tarifa de \$ 0.60 por página. También entiendo que es posible que deba pagar la tarifa en su totalidad antes de que se publique una copia de mis registros.

Por favor, dirija cualquier solicitud de registros médicos a:

Teléfono: 702.430.5333 x258

Fax: 702.430.5335

9097 W Post Rd, Ste 100

Las Vegas, NV 89148

ADVERTENCIA: ESTA TRANSMISIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO PUEDE CONTENER INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

ES ILEGAL QUE PERSONAS NO AUTORIZADAS REVISEN, COPIEN, DIVULGUEN O DIFUNDAN INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL. SI EL LECTOR DE ESTA ADVERTENCIA NO ES EL DESTINATARIO PREVISTO O SU AGENTE, POR LA PRESENTE SE LE NOTIFICA QUE HA RECIBIDO ESTA TRANSMISIÓN POR ERROR; POR FAVOR, NOTIFÍQUENOS INMEDIATAMENTE AL NÚMERO DE TELÉFONO QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN. GRACIAS.

Escriba el nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____