

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del medio: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Raza/Etnia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO

Casa: _____ Número preferido: Casa Celular Trabajo

Móvil: _____ ¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático o teléfono móvil con información médica? S N

Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle información médica personal por correo electrónico? S N

¿Le gustaría ser notificado/a de promociones/ eventos por correo electrónico? S N

CONSENTIMIENTO PARA HABLAR SOBRE LA ATENCIÓN

¿Nos da su consentimiento para discutir su información médica con familiares o cuidadores? S N

En caso afirmativo, Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

En caso afirmativo, Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Nos da su consentimiento para discutir su información médica con su médico de atención primaria? S N

CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

REFERIDO

¿Cómo nos has conocido? Redes Sociales Google Yelp Televisión Seguro

Recomendación de Familiares/Amigos: _____

Derivación del Médico: _____

Empleado de Nuestra Clínica: _____

FARMACIA

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección de la farmacia: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento informado para el tratamiento dermatológico por Miami Dermatology & Mohs Surgery.

Entiendo que el tratamiento recomendado puede incluir procedimientos o medicamentos y entiendo que hay riesgos asociados con cada procedimiento o medicamento. Los riesgos de los procedimientos dermatológicos incluyen, pero no se limitan a:

- Decoloración de la piel
- Cicatrización
- Infección
- Sangrado
- Daño en nervios
- Dolor

He discutido los beneficios y riesgos de cada procedimiento o medicamento con mi proveedor de atención médica y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener. Entiendo que puedo rechazar cualquier procedimiento o medicamento recomendado por mi proveedor de atención médica. Entiendo que puede haber tratamientos alternativos disponibles y he discutido las ventajas y desventajas de cada alternativa con mi proveedor de atención médica.

Autorizo a mi proveedor de atención médica a realizar los procedimientos recomendados o prescribir los medicamentos recomendados. Entiendo que los resultados del tratamiento no se pueden garantizar y que puede haber complicaciones o efectos secundarios asociados con el tratamiento o procedimiento.

Entiendo que puedo necesitar tratamientos adicionales o visitas de seguimiento con mi proveedor de atención médica, y cumpliré con cualquier atención de seguimiento recomendada. He leído y entiendo la información proporcionada en este formulario de consentimiento.

Esta autorización permanecerá en vigor para esta visita y todas las visitas futuras a la oficina.

Al firmar a continuación, autorizo la evaluación y el tratamiento por parte de los proveedores y el personal de Miami Dermatology & Mohs Surgery.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Entiendo y acepto que, al firmar este Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente, acepto la responsabilidad de todos los cargos relacionados con los servicios médicos que recibo, incluidos, entre otros: visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico, procedimientos, cirugías, equipos médicos, medicamentos recetados, tópicos sin receta o medicamentos.

Reconozco que soy responsable de pagar todos los deducibles, copagos y coaseguros adeudados por mi plan de seguro médico. Entiendo que mi plan de seguro de salud puede no cubrir todos los servicios que recibo, y que seré responsable de pagar cualquier cantidad que no esté cubierta por mi seguro.

Entiendo que si no tengo seguro médico o si mi seguro médico no cubre los servicios que recibo, seré responsable de pagar el monto total de los cargos. Entiendo que, si no puedo pagar por los servicios que recibo, puedo ser elegible para programas de asistencia financiera.

Entiendo que, si no pago por los servicios que recibo, el proveedor de atención médica puede tomar las medidas adecuadas para cobrar la cantidad adeudada, lo que puede incluir enviar la cantidad adeudada a una agencia de cobros o informar la cantidad adeudada a las agencias de informes crediticios.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia de este Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente, y que he leído y entiendo sus términos y condiciones. Acepto pagar por todos los servicios médicos que recibo y cumplir con mis obligaciones financieras en virtud de este acuerdo.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger la privacidad y confidencialidad de su información médica. Este Aviso de Prácticas de Privacidad (APP) explica cómo podemos usar y divulgar su información médica y los derechos que tiene con respecto a su información médica.

Usos y Divulgaciones de Información Médica:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También podemos usar y divulgar su información médica para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica para cualquier otro propósito.

Sus derechos:

Tiene derecho a solicitar una copia de su información médica. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso y la divulgación de su información médica. Tiene derecho a recibir un aviso si experimentamos una violación de su información médica no segura.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y hacer que las nuevas prácticas sean efectivas para toda la información médica que mantenemos. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, actualizaremos esta APP y publicaremos una copia de la APP revisada en nuestras instalaciones.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia de esta APP y que ha leído y entendido su contenido.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Entiendo y acepto que, al firmar este Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente, acepto la responsabilidad de todos los cargos relacionados con los servicios médicos que recibo, incluidos, entre otros: visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico, procedimientos, cirugías, equipos médicos, medicamentos recetados, tópicos sin receta o medicamentos.

Reconozco que soy responsable de pagar todos los deducibles, copagos y coaseguros adeudados por mi plan de seguro médico. Entiendo que mi plan de seguro de salud puede no cubrir todos los servicios que recibo, y que seré responsable de pagar cualquier cantidad que no esté cubierta por mi seguro.

Entiendo que si no tengo seguro médico o si mi seguro médico no cubre los servicios que recibo, seré responsable de pagar el monto total de los cargos. Entiendo que, si no puedo pagar por los servicios que recibo, puedo ser elegible para programas de asistencia financiera.

Entiendo que, si no pago por los servicios que recibo, el proveedor de atención médica puede tomar las medidas adecuadas para cobrar la cantidad adeudada, lo que puede incluir enviar la cantidad adeudada a una agencia de cobros o informar la cantidad adeudada a las agencias de informes crediticios.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia de este Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente, y que he leído y entiendo sus términos y condiciones. Acepto pagar por todos los servicios médicos que recibo y cumplir con mis obligaciones financieras en virtud de este acuerdo.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger la privacidad y confidencialidad de su información médica. Este Aviso de Prácticas de Privacidad (APP) explica cómo podemos usar y divulgar su información médica y los derechos que tiene con respecto a su información médica.

Usos y Divulgaciones de Información Médica:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También podemos usar y divulgar su información médica para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica para cualquier otro propósito.

Sus derechos:

Tiene derecho a solicitar una copia de su información médica. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso y la divulgación de su información médica. Tiene derecho a recibir un aviso si experimentamos una violación de su información médica no segura.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y hacer que las nuevas prácticas sean efectivas para toda la información médica que mantenemos. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, actualizaremos esta APP y publicaremos una copia de la APP revisada en nuestras instalaciones.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia de esta APP y que ha leído y entendido su contenido.

POR FAVOR, CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SU REGISTRO.