

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Casa # \_\_\_\_\_

Celular # \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Estado civil:

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Nombre de la consulta \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (no en su casa) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**¿Da usted permiso a nuestra oficina para discutir su información médica con los miembros de su familia?**

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione sus nombres y números de teléfono a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ Teléfono (noche) \_\_\_\_\_

**Por favor, indique cualquier otra persona de contacto con la que podamos discutir los resultados o responder a las preguntas:**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**¿Podemos dejar información médica personal en su contestador automático/teléfono móvil? Sí No**

**¿Podemos enviarle información médica personal por correo electrónico? Sí No**

**Por favor, incluya aquí la información de la persona asegurada principal, el tutor o los padres:**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Entiendo que los cargos de la visita al consultorio son pagaderos el día en que se presta el servicio. Autorizo a Signature Dermatology, LLC a facturar a mi compañía de seguros. Independientemente de la cobertura del seguro, soy responsable de que todas las facturas se paguen de manera oportuna. Entiendo que mi contrato es entre Signature Dermatology y yo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Aviso HIPAA**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor. Si tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número principal.

Por favor, firme el formulario de "Reconocimiento" adjunto. Por favor, tenga en cuenta que al firmar el formulario de acuse de recibo usted sólo reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Firma del paciente o representante

Nombre en letra

Fecha

**POLÍTICA FINANCIERA**

**DIRECTRICES SOBRE EL SEGURO Y EL PAGO POR CUENTA PROPIA**

Al recibir los detalles del seguro médico, haremos nuestro mejor esfuerzo para verificar la cobertura y determinar el estado dentro o fuera de la red. Recogeremos el copago de su visita al consultorio basándonos en nuestros sistemas de verificación de seguro médico. Podemos dar estimaciones sobre la responsabilidad del paciente y discutir las opciones de pago. Después de la verificación, vamos a presentar sus reclamaciones con su compañía de seguro médico después de cada fecha de servicio. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, co-seguro, o cualquier saldo no pagado por su compañía de seguro médico debido a los beneficios no cubiertos o fuera de la red. Los pacientes que pagan por sí mismos son responsables del pago en el momento del servicio.

**NO PRESENTARSE/ CANCELACIONES DENTRO DE LAS 24 HORAS**

- Se aplicará un cargo de \$25 por no presentarse/cancelación para todas las citas en el consultorio.
- Se requerirá el pago de la cuota de \$25 ANTES de programar otra cita para usted o sus familiares inmediatos.
- Se aplicará un cargo de \$50 por no presentarse/cancelación para todas las citas de cirugía y estética con nuestros médicos y esteticista.
- Se aplicará un cargo de \$100 a todas las citas para pruebas de parches que no se cancelen antes de las 5 p.m. del viernes anterior a la primera cita.

**DETALLES DE PAGO**

Todos los saldos de los pacientes se deben pagar inmediatamente después de recibirlos. Todos los dependientes y cónyuges en el mismo hogar serán responsables de los saldos pendientes. Los pacientes con próximas citas deben pagar su(s) saldo(s) en su totalidad antes de su próxima cita. Los planes de pago están disponibles, pero deben ser discutidos con nuestro departamento de facturación con el fin de acordar los términos.

- Se aplicará un cargo por retraso de \$10 para todos los saldos después de 30 días.
- Se aplicará un cargo de \$35 por todos los cheques devueltos.

**COBROS/COBROS PENDIENTES**

- Todos los saldos enviados a cobranza tendrán un cargo de \$30 por cobranza para saldos menos de \$200 o un cargo de \$50 por saldos más de \$200.
- Todos los saldos pendientes de cobro o saldos con un historial de cobros autorizan a SD a retener cualquier tarjeta de crédito/débito utilizada en la cuenta para el pago de saldos vencidos.

He leído la información financiera anterior y entiendo mis responsabilidades como paciente.

---

Firma del paciente o representante

Nombre en letra

Fecha

Formulario de historial medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Altura (pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso (libras): \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales (dosis NO necesaria): \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL PERSONAL**

Asma NO Sí

Cáncer (no relacionado con la piel) NO Sí Tipo de cáncer :

Diabetes NO Sí

Eczema NO Sí

Hepatitis NO Sí Tipo de hepatitis :

Hipertensión arterial NO Sí

NO Sí VIH

Urticaria NO Sí

Lupus/Enfermedad del tejido conectivo NO SI

Marcapasos/Desfibrilador NO Sí

Psoriasis NO Sí

Cáncer de piel NO Sí Tipo de cáncer de piel :

Accidente cerebrovascular NO Sí

Trastorno de la tiroides NO Sí

Tuberculosis NO Sí

Otros problemas médicos NO Sí Lista:

**HISTORIA FAMILIAR Detalles de los miembros de la familia**

Cáncer de piel:

Enfermedad de la piel:

**PACIENTES FEMENINAS:** ¿Está usted embarazada o amamantando? **SÍ NO**

Historial social (por favor, marque)

**ALCOHOL**

**NO**

**SÍ - Diariamente**

**SÍ - Socialmente**

**TABACO**

**NO**

**SÍ - Fumar**

**SÍ - Masticar**

**BRONCEADO**

**NO**

**SÍ - Camas de bronceado**

**SÍ - Tomar el sol**

Por favor, marque con un círculo todas las preocupaciones/tratamientos que le gustaría discutir

Prevención y Corrección de Líneas Finas

Patas de gallo

Líneas de la frente

Líneas alrededor de la boca

Tratamientos faciales

Microneedling

Vasos faciales

Luz de Banda Ancha (BBL)

Manchas de la piel

Decoloración de la piel

Rellenos de ácido hialurónico - Juvéderm, Vollure, Volbella, Voluma

Pérdida de volumen en la cara

Pérdida de volumen en la parte media de la cara

Pérdida de volumen en el barbilla

Pérdida de volumen en los labios

Pérdida de volumen debajo de los ojos

**Por favor, enumere los productos que utiliza actualmente o deje en blanco si no utiliza ninguno**

Limpiador facial: \_\_\_\_\_

Bloqueador solar: \_\_\_\_\_

Crema hidratante: \_\_\_\_\_

Crema de ojos: \_\_\_\_\_

Crema matutina: \_\_\_\_\_

Crema de noche: \_\_\_\_\_