



**INFORMACION DEL PACIENTE Y AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**1. Nombre Paciente**

Apellido		Nombre		Segundo Nombre	
Dirección	Calle Apt#	Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Teléfono de Casa		Numero Celular		Teléfono Opcional	
Correo Electronico: _____					
Edad	Fecha de Nacimiento	SS#	Sexo:	Femenino · Masculino	
Estado Social: Casado - Soltero - Divorciado - Asociado - Viudo					

**Medico Primario nombre & Telefono:** \_\_\_\_\_

**Como fue referido:** \_\_\_\_\_

**2. Empleador Paciente o Guardian**

Ocupación \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Esta bien llamar a su trabajo? · Si · No

Dirección Trabajo \_\_\_\_\_

Calle, Apt#	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-------------	--------	--------	---------------

**3. Contacto de Emergencia:**

\_\_\_\_\_ Relación del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**4. Aseguraza Primaria**

Subscriber/ Member ID # \_\_\_\_\_

Group/ Account ID # \_\_\_\_\_ Ins. Phone \_\_\_\_\_ \*\*PO Box # for claims (back of card) \_\_\_\_\_

**5. Nombre del encargado:** \_\_\_\_\_ **Fecha**

**Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

Street	City	State	Zip
--------	------	-------	-----

SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**6. Aseguraza Secundaria**

Subscriber/ Member ID #	Group / Account ID #	Insurance Phone
Nombre de encargado: _____		Fecha Nacimiento
_____/_____/_____		



Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Street City State Zip

SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**7. AUTORIZACION DE LA ASEGURANZA PARA PAGAR**

Yo por medio de la presente autorizo a mi aseguranza hacer los pagos directos a Skin Specialists PA, la oficina de la Dr. Tanya Reddick Rodgers, MD, FAAD. Yo por medio de la presente hago cargo de pagar los servicios no cubiertos por mi aseguranza. Al igual de todos los copagos, deducibles o servicios cosméticos o/y productos vendidos en la misma oficina.

Si por alguna razón la información mencionada arriba llegase a cambiar me encargare de hacer los cambios necesarios. También entiendo. También entiendo que yo puedo cambiar mi información del contacto de emergencia en cualquier momento que yo solicite hacerlo.

**8. CONOCIMIENTO DE NOTAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE**

Estoy al tanto como parte de la prestación de servicios de salud, Skin Specialists PA, y la oficina de Tanya Reddick Rodgers, MD, FAAD que, Crea y mantiene records de salud describiendo toda mi información sobre mi estado salud. Esto incluye pero no esta limitado a mi historial de salud, síntomas, diagnosis, examinaciones, resultado de exámenes, tratamiento y cualquier otro plan de tratamiento. Entendí al leer esto y me han proporcionado una copia del comunicado de privacidad de la oficina la cual contiene la descripción completa de los usos y revelaciones de cierta información de mi salud. Al firmar abajo estoy consciente y apruebo la descripción de la información de salud protegida sobre mi con propósitos de tratamientos, pagos y operaciones. Tengo derecho de revocar este consentimiento en escrito excepto cuando se hayan hecho divulgaciones contando con mi consentimiento previo.

**POLITICAS FINANCIERAS Y OFICINA**

Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra oficina estamos muy contentos por habernos escogido para sus necesidades dermatológicas. Nuestro propósito es brindarle lo mejor posible servicio médico para usted y su familia. Pero para poder hacer todo esto posible debemos contar con su asistencia y conocimiento de las políticas financieras de nuestra oficina.

**Visita a la Oficina – Pacientes sin Aseguranza**

**Se requiere del pago completo de todos sus servicios al momento de su visita.** Aceptamos efectivo, cheques, Visa, MasterCard, Discover, y tarjetas de débito.

**Procedimientos y Productos Cosméticos**

Como ya sabemos procedimientos y productos cosméticos no están cubiertos en los beneficios médicos. Por lo tanto, el pago de su tratamiento o compra de producto será requerido en el momento de solicitarlo. Aceptamos efectivo , cheques, Visa, MasterCard, Discover, y tarjetas de débito.

**Compañías de Aseguranza**

Nosotros no le podemos garantizar como su compañía de aseguranza valla procesar y pagar sus reclamos médicos. Su aseguranza es un contrato entre usted y ella. No siempre le podremos proporcionar el costo exacto de los procedimientos hechos por nuestros proveedores, por motivo a que las aseguranzas hacen diferentes ajustes antes de aplicar cualquier otro pago medico o deducible. **Mientras tanto, aunque seamos participantes en su plan, usted sera responsable por todos los cargos que su compañía le asigne como parte de su responsabilidad.**

**Visitas sin Aseguranza**

La mayoría de los planes médicos requiere que haga su copago en cada visita. Copagos no pueden ser facturados y serán colectados al momento de su visita. Aceptamos todo tipo de pago. Para poder ser consistente con las regulaciones de la aseguranza, **se requiere que usted haga su pago de copay o deducible antes de ser visto, y después de haber tenido algún tratamiento al momento de salir de su visita.**



X

Firma del paciente (si es mayor de 18) o padre/guardian legal

Fecha

Si fue firmado por Padre/Guardian Legal, nombre \_\_\_\_\_

**Servicios no Cubiertos**

Es importante entender que algunos de los servicios proporcionados en su visita no están cubiertos en su plan médico. Por lo tanto, es importante que se informe cuáles son sus beneficios médicos que su aseguranza le ofrece. Usted será completamente responsable del pago completo de cualquier tratamiento no cubierto por dicha aseguranza al momento de su visita.

**Cirugías**

Algunos procedimientos quirúrgicos menores son realizados en la oficina. La mayoría de las aseguranzas los categoriza como "cirugías", dando a entender que el procedimiento será aplicado a su deducible quirúrgico. Por lo tanto, puede ser que se le agregue otro pago más al que ya tiene como copago. También esto quiere decir que tendrá que hacerse una pre-certificación. Y si el tratamiento no es cubierto por la aseguranza usted será responsable el 100% del costo de tratamiento.

**Servicios de Laboratorio**

Cuando es realizada una biopsia la muestra será mandada a un laboratorio fuera de la oficina. Por favor tome nota que nosotros mandamos factura por el procedimiento hecho en la oficina, pero el laboratorio también mandara facture separada a la aseguranza por la muestra de biopsia.

**Citas**

Nuestro propósito es brindarle servicios de la manera más agradable apropiada. Y para hacer todo esto posible le pedimos que este a tiempo en su hora asignada. Sabemos que su tiempo es valioso y tratamos de estar a tiempo, para brindarle el tiempo que sea necesario para su tratamiento. Sin embargo, emergencias de ultima hora pueden ocurrir y puede causar retrasos pero haremos lo posible por mantenerlos al tanto.

**Cancelaciones/Horarios por no presentarse: Hay un cobro de \$50 non-refundable pago (\$100 por cirugía)**

Por cada vez que no nos haga saber 24hrs antes.

**Servicios a los Pacientes**

También le ofrecemos los servicios a un bajo costo : **Copia de su Record Medico hasta 20 paginas \$15; Mas de 20 paginas \$25.** Aseguranza, FMLA, Medical LOA, formas del seguro social o cartas dictadas el costo es de \$25. Por favor permita un lapso de 48hrs para terminar el proceso.

**Repuestos de Recetas**

**Repuestos de recetas o cambios de medicina serán hechos en un transcurso de 24 hrs de cuando se solicito en horas de oficina. Por favor de contactar su farmacia primero y ellos puedan faxear la solicitud.** Ninguna prescripción o cambio será aprobado después horas de trabajo.

**Niños**

Claro que nos encanta ver niños; por lo tanto, solo le pedimos monitorearlos a todo momento mientras estén en nuestra oficina. **Todos los menores de la edad de 17 años necesitan estar acompañados de un guardián o padre de fam a menos que firmen la hoja donde autorizan el tratamiento sin su presencia.**

**Notificaciones de Cambios**

Para poder mantener al corriente sus records financieros médicos le pedimos que nos mantenga informados de cualquier cambio que se haga, tanto con su aseguranza o personal, i.e., dirección, cambio de nombres, teléfono o cualquier otro cambio que pueda afectar su estado financiero.

Le damos las gracias de nuevo por habernos escogido como su oficina Para su cuidado dermatólogo. Si tiene alguna duda o pregunta sobre nuestras políticas, por favor háganoslo saber en nuestras horas de trabajo.



Haremos lo mejor posible de darle una explicación para su mejor entendimiento de cuidado. Eh leído y estoy al tanto de las políticas de Skin Specialists PA.

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

### Autorización para Comunicar el Estado de Salud

#### A quien contactar:

Por la presente autorizó y doy permiso a Skin Specialists PA, las oficinas de Tanya Reddick Rodgers, MD, FAAD, revelar y discutir cualquier información relacionada a mi condición médica a las personas siguientes:

_____	_____
Nombre	Relación
_____	_____
Nombre	Relación

**CONTACTARME SOLO A MI**

#### Me gustaría ser contactado de la mejor manera por medio de:

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Numero celular: \_\_\_\_\_

#### Checar todas las que apliquen

\_\_\_ Ok dejar mensaje con información detallada    \_\_\_ Dejar numero para regresar la llamada solo

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Ok dejar mensaje con información detallada    \_\_\_ Dejar solo numero para regresar la llamada

#### Comunicación escrita:

\_\_\_ Ok mandarla por medio de correo

\_\_\_ Ok mandarla a mi trabajo

\_\_\_ Ok fax a este numero \_\_\_\_\_

La duración de estas autorizaciones son indefinidas a menos que la revoque en escrito. Entiendo que si alguien pregunta por información médica y no están enlistadas arriba se solicitara autorización del paciente.



Paciente o Padre Firma

Fecha

*Office Staff Only Below Line*

Signature of Witness

Date

**Consentimiento para ser tratado por Asistente Medica/Practicante de Enfermeria**

Esta instalación tiene como miembros de trabajo a Asistentes Médicos y Practicantes de Enfermería para asistirle con sus cuidados médicos. Las Asistentes Médicos No son Doctores. Ellos están graduados y certificados, entrenados y cuentan con licencia del estado. Una Practicante de Enfermería No es Doctor. Esta, está registrada y ha recibido educación y entrenamiento avanzado en la suministración del mantenimiento y cuidado de salud. Bajo supervisión de Doctor, la Asistente Médica Y Practicante De Enfermería pueden diagnosticar, tratar, monitorear grave o permanente enfermedades como también proporcionarle mantenimiento del cuidado de la salud el paciente.

“Supervisión” no necesariamente requiere constantemente de la presencia del Doctor, but rather overseeing the activities of an accepting responsibility for the medical services provided. Una Asistente Médica y una Practicante de Enfermería pueden ofrecer el cuidado que estén de acuerdo a su educación, entrenamiento y experiencia. Estos incluyen :

- Obtener historial médico y hacer exámenes físicos
- Ordenar y/o diagnosticar procedimientos terapéuticos
- Trabajar en la formulación de una diagnosis
- Elaborar e implementar un plan de tratamiento
- Hacer cirugías y biopsias conforme se necesiten para su tratamiento
- Hacer procedimientos cosméticos incluyen fillers, mascarillas
- Monitorear la actividad del tratamiento
- Ofrecer consultas para informar
- Hacer los referrals apropiados

Yo \_\_\_\_\_ eh leído y entendido lo de arriba, por medio de la presente doy consentimiento de los servicios de una Asistente Medica y/o Practicante de Enfermería para mis cuidados médicos. Estoy de acuerdo que las facturas médicas están bajo la supervisión del Doctor y no se harán reembolsos o créditos después de haber recibido los servicios. Como también estoy de acuerdo que la práctica de medicina dermatóloga no es una ciencia exacta; no todas las condiciones son curables: y puede que se requiera más de una visita para tratar su condición. Y por último también estoy de acuerdo que en cualquier momento yo puedo negar los servicios de la Asistente Medica o la Practicante De Enfermería y solicitar los servicios de un Doctor.



X

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente

## Intereses Cosméticos

Skin Specialists de Allen/Addison quiere proveerle con un servicio *completo* del cuidado dermatológico. Le ofrecemos una gran variedad de servicios cosméticos para sus diferentes necesidades. Y para poder servirle mejor, por favor cheque con una marca enseguida del Servicio Cosmético (problema) que le gustaría discutir con su médico.

- Contorno Corporal (cuerpo)
- Envejecimiento de manos
- Cabello No Deseado
- Venas Faciales
- Cosmético Enrojecimiento de Cara ( non-Medical )
- Arrugas Finas Lineas/ Poros Enlargados
- Cicatrices Faciales / Cicatrices de Acne
- Parentheses-like creases around the mouth
- Productos Cosméticos ( Ojeras, Pestañas cortas, etc )
- Piel Flácida cara y cuello
- Venas en Piernas (Varices)
- Desgarre de lóbulos (orejas)
- Perforación de oídos



No tengo ningún tipo de preocupación cosmética que me gustaría discutir el día de hoy.



**Nomre del Paciente**

**Fecha**

**HISTORIAL MEDICO**

**Nombre Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Alt:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Razón por su visita:** \_\_\_\_\_

**Como escucho de Nuestra Oficina:** \_\_\_\_\_

**Doctor General:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje preferido:** \_\_\_\_\_ **Cultura:** \_\_\_\_\_

**Farmacia Preferida:** \_\_\_\_\_

**Farmacia Teléfono#:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Historial Médico Pasado :** (por favor encierre los que apliquen)

- |                       |                        |                 |                          |
|-----------------------|------------------------|-----------------|--------------------------|
| Ansiedad              | Cáncer de Colon        | Hepatitis       | Cáncer de Próstata       |
| Artritis              | Enfermedad Crónica     | Presión Alta    | Tratamiento de radiación |
| Asma                  | Pulmonaria             | HIV/AIDS        | Convulsiones             |
| Fibrilación Auricular | Arteria Coronaria      | Alto Colesterol | Paro Cardiaco            |
| Medula Ósea           | Depresión              | Tiroides        | NINGUNO                  |
| Trasplantes           | Diabetes               | Leukemia        |                          |
| Próstata Crecida      | Ultimo Estado de Renal | Cancer Pulmón   |                          |
| Cancer de Seno        | Gastrointestinal       | Lymphoma        |                          |

**Otro** \_\_\_\_\_

- |                               |                           |                           |                           |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Appendix Removida             | Colectomy: IBD            | Remplazo de Cadera        | Próstata Removido:        |
| Vejiga Removida               | Vesícula Removida         | (Der, Lt, Bilat)          | Cáncer de Próstata        |
| Mastectomía -(Rt, Lt, Bilat)  | Arteria Coronaria Bypass  | Biopsia de riñones        | Próstata Biopsia          |
| Tumorectomia -(Rt, Lt, Bilat) | Válvula Mecánica          | (removidos)               | Testículos Removidos      |
| Biopsia Seno -(Rt, Lt, Bilat) | Remplazo                  | Piedra de Riñón Removida  | (Derecho, Izq, Bilateral) |
| Reducción de Senos            | Válvula Biológica         | Trasplante de Riñón       | Hysterectomy: Fibroids    |
| Implantes de Senos            | Trasplante de Corazon     | Ovarios Removidos:        | Hysterectomy:             |
| Colectomía: Cancer Colon      | Remplazo Articulación,    | Endometriosis             | Cancer Uterino            |
| Extirpación                   | rodilla -                 | Ovarios Quiste            |                           |
| Colectomia: Diverticulitis    | (Derecha, IZQ, Bilateral) | Cancer de Ovario Removido |                           |
| NINGUNO                       |                           |                           |                           |



**Historial de Enfermedades de piel:** (por favor encierre el que aplique )

Acné	Piel Seca	Hiedra Venenosa
Queratosis Actínica	Eczema	Precancerosos Lunares
Asma	Descamación /cabellera	Psoriasis
Cancer de Piel	irritada	Squamous Cell Cancer
Ampollas de sol	Fiebre/Allergias	NONE
<b>Other</b> _____	Melanoma	

Usa Protector solar? Si / No Si si, que SPF? \_\_\_\_\_

Usted se hace tan en un tanning salón? Si / No

Tiene algún familiar con historial de Melanoma? Si/ No Si, si que relación tiene? \_\_\_\_\_

**Medicamentos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alergias:** (Ponga todas las que tenga)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historia Social:** (Por favor encierre el que aplique)

**Fuma:**

Actualmente Fuma                      Nunca Fumo  
Fumo en el pasado

**Other** \_\_\_\_\_

**Historial Familiar de Cancer de Piel:** (Solo relativos cercanos)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALERTAS:** (Porfavor encerrar las que apliquen)

Alérgico a pegamento	Remplazo de Articulación Artificial	Requiere antibióticos antes procedimiento quirúrgico?
adhesivo	Anticoagulantes	Esta embarazada o actualmente tratando de quedar?
Alérgico lidocaina	Desfibrilador	OTRO _____