



Información del paciente: *(complete usando su nombre que figura en su tarjeta de seguro)*

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: **H M** Identificación de género _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____

Número de Seguro Social: _____

¿Qué proveedor vas a ver? _____

¿Un médico lo refirió a nuestra clínica? **S N** Nombre del médico remitente: _____

Nombre del Consultorio Médico de Referencia: _____ Teléfono #: _____

Estado: *Por favor, encierre en un círculo* Soltero Casado Separado Divorciado Viuda/Viudo

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Información del seguro: *Todos los pacientes deben proporcionar una copia de su tarjeta de seguro en su visita*

¿Quién es responsable de los cargos? _____

Dirección del responsable: _____

Número de teléfono de la parte responsable: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____
sexo M F

Seguro Primario: _____ Relación con el paciente: _____

Poliza #: _____ Grupo #: _____

Seguro Secundario: _____ Relación con el paciente: _____

Poliza #: _____ Grupo #: _____

Email _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Número: _____ Relación: _____

Información de farmacia

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono : _____

Dirección: _____ Número de fax: _____

Médico de atención primaria Todos los médicos remitentes y consultores recibirán una copia de nuestros hallazgos con respecto a su visita. Si su médico de atención primaria NO lo refirió a nuestra clínica, pero desea que se le envíe una copia de sus registros por fax a su oficina, marque esta casilla .

Médico de Atención Primaria: _____ teléfono # _____

He leído y completado la información anterior a mi leal saber y entender.

Nombre impreso del paciente

→ _____

Firma del paciente

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Por la presente autorizo el pago directamente al médico abajo firmante de los beneficios quirúrgicos y / o médicos, si los hubiera, pagaderos a mí por sus servicios como se describe a continuación, pero sin exceder el cargo razonable y habitual por esos servicios.

→ _____ **FIRMADO (Persona Asegurada)**

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por la presente autorizo al médico abajo firmante a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a compañías de seguros específicas, terceros pagadores u otras personas involucradas en el procesamiento y cobro de este reclamo.

→ _____ **FIRMADO (Paciente, o Padre si el Paciente es menor de edad)**

Estoy legalmente autorizado para dar mi consentimiento en nombre del paciente. Mi relación con el paciente se describe mejor como Poder Notarial de Atención Médica Padre o Tutor, u otro (especifique: _____)

→ _____

Firma de la persona autorizada

Nombre impreso

Fecha

Tenga en cuenta que los menores que **no estén acompañados** por un padre o tutor legal no serán vistos en su visita inicial. Las visitas de seguimiento de menores no acompañados por un padre o tutor legal requieren un consentimiento preautorizado para tratar al paciente. Puede obtener más información poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Para uso en la oficina

Fecha de la visita inicial: _____ Historia Clínica # _____



FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Usted puede dar a los proveedores y al personal de Westgate Dermatology and Laser Center, P.A. autorización por escrito para divulgar su información médica protegida (PHI) a cualquier persona que usted designe y para cualquier propósito. Si desea autorizar a una persona o entidad a recibir su , complete la siguiente información a continuación. Completar este formulario no cambiará la forma en que Westgate Dermatology and , P.A. se comunica con usted como paciente. Por ejemplo, enviaremos estados de cuenta, recordatorios de citas, daremos resultados de rutas, etc. cuando corresponda. PHILaser Center

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Responsable (si el paciente es menor de edad) _____

Número de Seguro Social del paciente: _____

A petición mía, autorizo a Westgate Dermatology and Laser Center, P.A. a divulgar mi información médica protegida a: (ingrese el nombre de la persona/entidad que recibirá): PHI

(1) _____ (2) _____
Nombre, Relación con el nombre del paciente Nombre, Relación con el nombre del paciente

Me gustaría que esta autorización expirara el ___/___/_____. Si no se ingresa ninguna fecha, esta autorización **NO** caducará.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Westgate Dermatology and Laser Center, P.A. Sin embargo, si revoco esta autorización, también entiendo que la revocación no afectará ninguna acción que Westgate Dermatology and Laser Center, P.A. tomó en cuenta de esta autorización antes de que Westgate Dermatology and , P.A. recibiera mi notificación por escrito. Entiendo que la práctica no condicionará la forma en que se dará el tratamiento médico debido a esta autorización. También entiendo que si las personas o entidades que autorizo a recibir mi información no son planes de salud, proveedores de atención médica o compensación de atención médica sujetas a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) u otras leyes federales de privacidad de la información de salud, pueden divulgar aún más la información y es posible que ya no esté protegida por HIPAA o las leyes federales de privacidad de la información de salud. Se ha puesto a mi disposición una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Westgate Dermatology & Laser Center

Si necesitamos hablar con usted sobre resultados de laboratorio, informes de patología, citas o información general, y no podemos comunicarnos con usted, ¿podemos dejarle un mensaje? Sí o No (círculo). En caso afirmativo:

Autorización ara dejar un mensaje telefónico: _____
Firma

Indique el número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Este formulario tiene dos (3) páginas

Por favor, tráigalo a su cita

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Altura: _____ **Peso:** _____

Por favor, responda a todas las preguntas con la mayor precisión posible.

Médico de Atención Primaria: _____

Médico que solicita la consulta: _____

Alergias a medicamentos: _____

Antecedentes médicos: ¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?

SIDA/VIH	Sí	No	Sangrado/moretos fáciles	Sí	No	Nefropatía	Sí	No
Anemia	Sí	No	Enfermedad gastrointestinal/intestinal	Sí	No	Prolapso de la válvula mitral	Sí	No
Artritis	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No
Asma	Sí	No	Enfermedad/ataque cardíaco	Sí	No	Úlcera de estómago	Sí	No
Enfermedad de los senos	Sí	No	Hepatitis	Sí	No	Ataque Cerebral	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Presión arterial alta	Sí	No	Enfermedad de la tiroides	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Colesterol alto	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No

Enumere las cirugías previas o las enfermedades graves que requirieron hospitalización y las fechas:

Haga una lista de todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y las hierbas:

Revisión de sistemas: Marque cualquiera de los siguientes que haya tenido en el último año.

Cardiovascular Dolor en el pecho Hinchazón de las piernas Insuficiencia cardíaca Coágulos de sangre en las piernas	Sí	No	Constitucional Fiebre Pérdida de peso Sudores nocturnos Escalofríos	Sí	No	Gastrointestinal Dolor abdominal Náuseas/vómitos Sangre en las heces	Sí	No	Neurológico Entumecimiento Debilidad	Sí	No
Musculosquelético Artritis Dolor en las articulaciones	Sí	No	Hematológico Agrandamiento de los ganglios linfáticos Sangrado fácil	Sí	No	Genitourinario Sangre en la orina Dolor al orinar	Sí	No	Respiratorio Tos Silbido al respirar	Sí	No
Piel Cicatrices queloides Lesiones que no cicatrizan	Sí	No	Ojos Ojos llorosos Visión borrosa	Sí	No	Oído/Nariz/Garganta Úlceras bucales Dolor de garganta	Sí	No			

Antecedentes familiares: ¿Algún pariente consanguíneo ha tenido alguna vez lo siguiente?

Cáncer de mama	Sí	No	Enfermedad cardíaca	Sí	No	Melanoma	Sí	No
Depresión	Sí	No	Presión arterial alta	Sí	No	Cáncer de piel	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Nefropatía	Sí	No	Ataque Cerebral	Sí	No

Historia Social:

¿Consumes tabaco? (Tipo y cantidad por día) _____ Fecha que dejó de fumar: _____

¿Bebe alcohol? (tipo y cantidad por semana) _____

¿Usa una cama de bronceado? (Con qué frecuencia) _____

Pacientes femeninas: ¿Está embarazada? (sí o no) _____ ¿está amamantando? _____

¿Tiene a alguien en el hogar que pueda ayudarlo con el cuidado de las heridas? **En** caso afirmativo, ¿quién?

¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel? (En caso afirmativo, tipo , fecha y lugar)

¿Toma algún medicamento que diluya la sangre (por ejemplo, Coumadin, Plavix, Asprina) o tiene algún problema con la coagulación adecuada de la sangre? **S N** En caso afirmativo, explicar:

¿Ha tenido hepatitis? **S N** En caso afirmativo, ¿fue hepatitis A, B o C? (Encierre en un círculo uno)

¿Tienes un desfibrilador implantable? **S N** ¿Tienes un marcapasos? **S N**

¿Ha tenido un reemplazo de articulaciones (por ejemplo, clavos de rodilla o cadera) en huesos rotos, válvulas cardíacas artificiales o implantes cosméticos? **S N** En caso afirmativo, explique qué y cuándo se hizo.

¿Tienes antecedentes de soplo cardíaco? **S N**

¿Tiene algún problema del sistema inmunológico? (p. ej., VIH/SIDA, leucemia, quimioterapia actual, lupus, trasplante de órganos previo? **S N** En caso afirmativo, por favor explicar

¿Tienes algún problema psicológico o emocional? (incluyendo ansiedad, depresión o claustrofobia significativa) **S N** En caso afirmativo, explicar

¿Alguna vez has tenido herpes labial? **S N**

¿Formas cicatrices o queloides excesivamente grandes? **S N**

¿Necesita antibióticos antes de procedimientos o trabajos dentales? **S N**

¿Ha estado expuesto a cantidades significativas de arsénico en medicamentos o pesticidas, o ha estado expuesto a otros carcinógenos en grandes cantidades? **S N** En caso afirmativo, explicar

¿Ha estado expuesto a la radiación o ha recibido radioterapia? **S N** en caso afirmativo, explicar

¿Tienes antecedentes de pérdida de memoria? **S N** En caso afirmativo, pida un formulario para completar.

VERIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y PRECISA.

X _____ Firma del paciente o de los padres si es menor de edad

_____ Fecha



RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Los proveedores y el personal de Westgate Dermatology and Laser Center, P.A. aprecian la confianza que ha demostrado al elegirnos para satisfacer sus necesidades de atención médica. Reconocemos la necesidad de que nuestros pacientes tengan una política claramente establecida con respecto al pago de servicios médicos. La siguiente es nuestra Política de Responsabilidad Financiera del Paciente:

Su aceptación de recibir servicios en Westgate Dermatology and Laser Center, P.A. implica una responsabilidad financiera de su parte. Esta responsabilidad le obliga al pago íntegro de nuestros honorarios. Como cortesía, facturaremos a su compañía de seguros primaria y secundaria en su nombre. Sin embargo, usted es responsable en última instancia del pago de su factura. Recuerde que un contrato de seguro es entre el paciente y su compañía de seguros, no entre el Proveedor y la compañía de seguros. Esta oficina no acepta la responsabilidad de cobrar su reclamo de seguro o de negociar un reclamo en disputa.

Como paciente, lo mejor para usted es conocer y comprender su responsabilidad por cualquier copago, deducible y/o coseguro según lo determinado por su contrato con su compañía de seguros antes de su visita. No todos los servicios están cubiertos en todos los contratos de seguro. Si su plan de seguro no cubre un servicio o procedimiento, usted puede ser responsable del pago total de la factura.

No hay visitas "gratuitas". Cada vez que sea atendido por uno de nuestros proveedores, habrá un cargo por sus servicios. Hay excepciones limitadas a esta regla. Su contrato de seguro especifica qué servicios se consideran gratuitos.

Su compañía de seguros debe proporcionar una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que muestre la cantidad de la que usted es responsable. Los beneficios de su seguro determinan esta cantidad. Solo le facturamos lo que los beneficios de su seguro no cubren. Esto puede figurar en la EOB como copago, coseguro y/o deducible.

Para todos los pacientes con un copago, esperamos que su parte del copago se pague en el momento del servicio. Si no paga el copago requerido, se reprogramará su cita. Nosotros no establecemos el monto de su copago, su compañía de seguros lo hace. Esta cantidad debe figurar en su tarjeta de seguro o en el resumen de beneficios. Su compañía de seguros requiere que cobremos el copago en el momento del servicio. Los contratos de seguro obligan a los pacientes a pagar copagos y a los médicos a cobrarlos.

Se espera que todos los pacientes quirúrgicos paguen su parte (responsabilidad del paciente) de la factura quirúrgica antes de someterse a la cirugía. Se le notificará el monto adeudado antes de su cita para la cirugía. Si no puede pagar, su cirugía será reprogramada. La cantidad que recopilamos es una ESTIMACIÓN y se basa en la información que su(s) compañía(s) de seguros nos proporciona. La cantidad final de la que usted será responsable puede ser diferente. Cualquier saldo adeudado debe pagarse en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la liquidación de la reclamación. Cualquier pago en exceso se aplicará primero a los saldos impagos y cualquier crédito restante será reembolsado por cheque de la empresa.

Citas quirúrgicas perdidas: Los pacientes programados para cirugía que falten a sus citas deberán pagar un depósito de \$ 200.00 al reprogramar su cirugía. Este pago se acreditará a su cuenta y permanecerá hasta que se pague su reclamo de seguro. Si quedan fondos de su depósito, se aplicarán a cualquier saldo vencido. Cualquier monto de crédito que quede en su cuenta después de que pague su seguro y se paguen los montos vencidos le será reembolsado por cheque de la compañía.

Usted es responsable de proporcionar un comprobante de seguro en cada visita a nuestra oficina y de notificarnos si su seguro, beneficios, dirección o número(s) de teléfono cambian. Se le pedirá que proporcione una identificación con foto, # de Seguro Social y su tarjeta de seguro. Esto es para su protección contra el fraude de seguros y para la presentación adecuada de reclamos.

Los pacientes que deseen que nuestra oficina presente sus reclamos de seguro por ellos deben proporcionar su número de seguro social (en el caso de un menor, el número de seguro social del titular de la póliza). Los pacientes que no proporcionen su número de seguro social deben pagar la totalidad de todos los servicios en el momento de su cita. Le proporcionaremos una copia de su hoja de facturación para que pueda presentar un reclamo ante su compañía de seguros.

Si su compañía de seguros requiere una remisión y/o autorización previa, comuníquese con su médico de atención primaria antes de su cita en nuestra oficina. El hecho de no proporcionar una referencia y/o autorización previa cuando sea necesario puede resultar en que su cita sea cancelada, reprogramada o que usted sea responsable del pago total de su factura. Las referencias y autorizaciones previas de algunas compañías de seguros pueden tardar varios días. Por favor, espere suficiente tiempo antes de su cita para obtener estas autorizaciones.

Para los pacientes con seguro médico, una vez que su compañía de seguros haya respondido a nuestro reclamo, le facturaremos en consecuencia. Los pagos vencen al recibir su estado de cuenta. Las cuentas vencidas con más de 90 días de atraso pueden ser entregadas a cobranzas y nuestra clínica puede dejar de brindarle servicios. Si recibe un estado de cuenta de que su compañía de seguros no ha pagado por un reclamo, debe comunicarse con su compañía de seguros para preguntar por qué no se realizó un pago.

La responsabilidad del pago de los servicios prestados a los hijos de padres divorciados o separados recae en el padre que busca tratamiento. Cualquier juicio ordenado por un tribunal debe ser entre las personas involucradas sin incluir nuestras instalaciones. No enviaremos estados de cuenta duplicados.

En caso de que su pago nos sea devuelto sin pagar, podemos optar por volver a enviar su pago a su institución financiera. También podemos cobrar un cargo por procesamiento de devoluciones por un monto que no exceda lo permitido por la ley estatal de Carolina del Norte.

Política de citas perdidas: Con el fin de brindar el mejor servicio a todos nuestros pacientes, requerimos un aviso con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Se puede cobrar un cargo de \$25.00 por cita perdida si su cita no se cancela dentro del plazo requerido. Estos cargos no son pagaderos por su compañía de seguros y deben pagarse antes de programar otra cita. Los pacientes con dos citas perdidas consecutivas o aquellos que acumulan tres citas perdidas en un año calendario pueden ser despedidos de nuestra práctica.

Para los pacientes que no tienen seguro médico (pago por cuenta propia) y aquellos para quienes no participamos en su plan de seguro médico, se espera el pago en efectivo o con tarjeta de crédito cuando se registre para su cita. Si está aquí para un examen, se cobrarán las siguientes tarifas:

Examen de Nivel 4 - Paciente NUEVO \$192.00 Paciente ESTABLECIDO \$128.00.

Si su examen es inferior a un nivel 4, se le reembolsará la diferencia al finalizar la consulta. Si está aquí para un procedimiento (incluida la cirugía), la tarifa de ese procedimiento se cobrará antes de que se presten los servicios.

Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques (pacientes establecidos), tarjetas de débito y crédito (Visa, Master Card, Discover). También está disponible el financiamiento de Care Credit.

He leído y entiendo la declaración de Responsabilidad Financiera del Paciente:

Nombre impreso del paciente

Fecha

Firma del paciente/tutor