

OMNI DERMATOLOGY, INC. - SPANISH

<u>Nombre del Paciente</u>		
Apellido: _____ Primer Nombre: _____		
<u>Nombre de Padre(s)/Guardian:</u> Si tiene mas de 18 anos marca esta caja de verificación <input type="checkbox"/>		
Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____		
Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____		
<u>Número de Seguro Social:</u>	<u>Fecha de Nacimiento:</u>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<u>Dirección:</u>		
Calle: _____		Apt/Unit#: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal : _____
<u>Números de Teléfono:</u>		
Domicilio: _____		Celular: _____
Correo Electrónico: _____		
Confirma Citas Por: Texto: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____		
<u>Demografía:</u>		<u>Estado Civil:</u> Divorciado <input type="checkbox"/>
Idioma: _____	Raza: _____	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>
<u>Información Garante:</u> (Padre(s)/Guardian al que estados de cuenta se envían)		
Si es la misma información marca esta caja de verificación <input type="checkbox"/>		
Nombre: _____		Fecha de Nacimiento: _____
Calle: _____		Apt #: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Teléfono: _____		Relación: _____
Contacto de Emergencia: **Marque esta casilla si usted nos autoriza a divulgar información a este contacto <input type="checkbox"/>**		
Nombre: _____		Relación: _____
Teléfono: _____		Celular: _____

La facturación y la información del seguro * Llenar solamente si usted NO es el titular del seguro principal****

	Primario	Adicional
Nombre del Titular de la Política		
Numero / ID de Poliza		
Numero de Grupo		
Fecha de Nacimiento del Tomador		

Personas a las que se permita la colocación de su información médica / registros (LISTA DE NOMBRES COMPLETOS):

OMNI DERMATOLOGY, INC.

Historia Clínica del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Doctores/Especialistas: (Por favor enumerar los médicos, nombre y apellido, que necesitan ser informado sobre sus citas)

Razón de la visita:

Nombre de la farmacia y el cruce de caminos: _____

Medicamentos: _____

Alergias a Medicamentos: _____

¿Alguna vez has recibido una vacuna contra la culebrilla? Sí ____ No ____ No Se ____

¿Estas embarazada? Sí No Cuánto tiempo? _____

¿Estás positivo para VIH o SIDA? VIH/SIDA Hepatitis

Circulé su Respuesta

***Si todos son negativos a continuación, marque aquí ***

Historia Médica Pasada:

Ansiedad

Diverticulitis

Cálculos renales

Artritis

Fibromialgia

Enfermedad del hígado

Asma

Gota

Osteoporosis

EPOC

Colesterol alto

Enfermedad de reflujo

Cáncer: _____

Alta presión sanguínea

Carrera

Enfermedad del corazón

Hipertiroidismo

Tuberculosis

Depresión

Hipertiroidismo

Coágulos de sangre

Diabetes

Enfermedad del riñón

Pulmones

Antecedentes quirúrgicos con las fechas:

Historia Familiar: Erupciones, Cáncer De Piel, Melanoma, En caso afirmativo quien:

Historia Social:

Estado Civil: Divorciado Casado Soltero

Fumas: Anterior Presente Nunca

Bebes alcohol: Nunca De vez en cuando Moderadamente Pesadamente

¿Cuánto tiempo ha vivido en Arizona? _____

¿Utiliza protector solar regularmente? Sí ____ No ____

¿Ha viajado fuera de los U.S recientemente? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, ¿dónde viajado? _____

****Por favor marque cualquier positivos****

****Si todo lo siguiente es negativo por favor marque aquí _____**

Revisión de síntomas

General: Fiebre Resfriado Náusea Fatiga

Piel: Comezón Ardor Sensibilidad Perdida de cabello Problemas en las uñas

Ojos: Comezón Rojez Sequedad

Boca: úlceras Erupción Dolor

Nariz: Problemas de sinusitis Sangrado de la nariz

Pulmonar: Asma Falta de aliento Tos con sangre

Cardiovascular: Inflamación de las piernas

Genitourinario: Descarga anormal Dolor al orinar

Musculoesquelético: Debilidad Dolor en las articulaciones Inflamación de articulaciones

Neurológico: Entumecimiento Estremecimiento Dolores de cabeza

Endocrino: Cambio en la voz Calor o intolerancia al frío Ganancia /Pérdida de peso

Psicológico: Depresión Ansiedad La alta tensión

Hematológica: Anemia Desorden sangrante Tomando anticoagulantes

Alérgica/Inmunológica: Alergias estacionales Enfermedad autoinmune

Aviso de Prácticas de Privacidad

Para nuestros pacientes: Este aviso describe cómo la información sobre su salud (como paciente de esta práctica) puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a su información médica. Esto es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado de la Ley de Responsabilidad de 1996 y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

Nuestro Compromiso con su Privacidad

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su salud y la información. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud. Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante.

Uso y Divulgación de su Información de Salud en Ciertas Circunstancias Especiales

Las siguientes circunstancias pueden requerir que usar o divulgar su información:

1. Para las autoridades de salud pública y los organismos de supervisión de la salud que están autorizadas por ley para recopilar información
2. Juicios y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo requiere por un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra individual o el público. Sólo haremos revelación a una persona u organización capaz de prevenir la amenaza.
5. Si usted es una de las fuerzas militares U.S o extranjeras (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.
6. Para oficiales federales para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
7. A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es íntima o bajo la custodia oficial de la ley.
8. Para compensación de trabajadores y otros programas similares.

Sus Derechos Respecto a su Información de Salud:

1. Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operación de atención médica. Además, usted tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su información de salud a solamente ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago para su cuidado, tales como miembros de la familia y amigos. No estamos obligados a acceder a su petición, sin embargo; Si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando sea requerido por la ley, en caso de emergencia, o cuando la información sea necesaria para darle tratamiento.

El Consentimiento Del Paciente Para Su Uso Y Divulgación De Información De Salud Protegida

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar en el consentimiento. Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette se reservan el derecho de revisar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de las Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de Dermatología de Omni a 4801 E. McDowell Rd. Ste 150, Phoenix, AZ 85008.

Con mi consentimiento Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette puede llamar a mi casa o a otro lugar designado y dejar un mensaje en un buzón de voz o en persona en referencia a todos los elementos que ayudan a la práctica de llevar a cabo TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette pueden enviar por correo a mi casa o en otro lugar designado ningún momento que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y estados de paciente, siempre y cuando se marcan personal y confidencial.

Al firmar esta forma, estoy consintiendo a Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette de usar y divulgación de mi información personal de salud para llevar a cabo operaciones de atención médica de tratamiento, pago y. También he leído el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Puedo revocar mi consentimiento en la escritura, excepto en la medida en que la práctica ya se ha hecho la divulgación en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Omni Dermatología puede negarse a proporcionar tratamiento a mí.

Por la presente reconozco que se me ha presentado con una copia de Omni Dermatología Notificación de práctica privada

Su Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Permiso de Fotografía Dermatología

Por la presente autorizo al personal apropiado de la oficina del Dr. Andrew Racette, en Omni Dermatología para tomar fotografías digitales de mi condición de la piel.

Declaro que se me ha explicado completamente que dichas imágenes se tomaron para el propósito de la documentación del registro médico, ubicación de las opciones de tratamiento y para la presentación a los médicos, enfermeros profesionales y personal paramédico debidamente autorizados en caso que sea necesario un tratamiento en el futuro. Estas fotos son una parte vital de su carta y son sumisos con HIPAA.

Digo, además, que en el momento de la ejecución del consentimiento que soy plenamente consciente de las imágenes a ser tomadas y los usos, tal como se ha descrito anteriormente, a los que se van a poner, y que todas las preguntas con respecto a la toma de las imágenes y el uso de no haber sido plenamente explicadas para mí y para mi completa satisfacción por personal de Omni Dermatología.

Firma

Fecha

Autoridad Historial de Medicamentos

Estamos implementando un nuevo programa de registro médico electrónico (EMR) que importará **automáticamente su historial de medicamentos a partir de fuentes tercera parte (es decir, las farmacias.)** Con el fin de transferir su medicación actual y pasado al nuevo sistema debemos tener su autoridad.

Al firmar a continuación la presente certifico Omni Dermatología de trasferir historia de la medicación.

Firma

Fecha

Imprime Tu Nombre



DERMATOLOGY

Consentimiento Para Tratar al Paciente sin el Padre / Tutor Legal Presente

Por ley, cualquier niño menor de 18 años de edad no puede ser visto por un médico sin el consentimiento del padre o tutor legal. Si el menor llega con alguien que no sea un padre o tutor legal, debemos tener el permiso por escrito del padre o tutor legal que esta persona ha sido designada por usted para actuar en su nombre.

Nombre del menor: _____ FDN: _____

Para aquellas ocasiones en las que no puede estar con su hijo, por favor escriba aquellas personas que pueden darnos su consentimiento para ver a su hijo:

Nombre _____ Relación con Menor _____

Nombre _____ Relación con Menor _____

Limitaciones:

Identificar cualquier limitación específica sobre los tipos de servicios médicos para los que se da esta autorización. (Si no hay ninguno, escriba "ninguno".)

Marque aquí si desea dar su consentimiento para que el menor reciba atención médica sin un **adulto** acompañante, la cual estará vigente para:

Fecha _____ solamente

Indefinidamente, hasta que sea revocada por comunicación verbal o escrita.

Autorización:

Solicito y autorizo a Omni Dermatología y a su personal a prestar atención médica de rutina a mi hijo / hija como se considere necesario o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento del menor. También soy consciente de que el adulto que presenta al niño es responsable del pago de la parte del paciente en el momento del servicio.

Tengo el derecho legal de pre-autorizar Omni dermatología y su personal para brindar tratamiento médico y servicios de rutina a mi hijo/hija. La atención médica de rutina y el tratamiento pueden incluir, pero no se limitan a: evaluación de la piel, tratamientos del acné, inyección, trabajo de laboratorio, tratamiento con láser y tratamiento de verrugas.

He leído, entendido y dado mi consentimiento según lo estipulado. Mi firma significa que he leído este formulario y / o me lo han leído a mí y explicado en el idioma que entiendo.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Nombre impreso del padre o tutor legal

Relación



HIPAA CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Deseo ser llamado(a) en casa ; Otro (marque todo lo que corresponda) con respecto a mi cuidado y seguimiento.

El mejor número de teléfono para contactarme es:

Teléfono de casa: _____ Otro teléfono: _____

Yo quiero ; No quiero información médica relevante (es decir, resultado de laboratorio, resultados de biopsia) en mi contestador automático o correo de voz.

Yo quiero ; No quiero información médica relevante compartida con la persona que puede contestar el teléfono. El nombre(s) del individuo(s) con quien usted puede dejar la información pertinente son:

Firma

Fecha



PÓLIZA ACTUALIZADA DE LA OFICINA DE OMNI DERMATOLOGY

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

A PARTIR DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2019, TODOS LOS PACIENTES DEBEN TENER UNA TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO VÁLIDA EN EL ARCHIVO PARA SER VISTO POR UN PROVEEDOR.

SU TARJETA DE CRÉDITO/DÉBITO ES MANTENIDA SEGURAMENTE FUERA DEL SITIO POR NUESTRO SISTEMA ELECTRÓNICO DE REGISTRO MÉDICO Y ENCRIPTADO AL MAS ALTO NIVEL. SE UTILIZARÁ PARA RESOLVER CUALQUIER SALDO DEBIDO EN SU CUENTA POR SERVICIOS PRESTADOS INCLUYENDO CO-PAGOS, DEDUCIBLES, CO-SEGURO Y CITAS DE NO SHOW. COMO CORTESÍA, CONTACTAMOS SU SEGURO PARA VERIFICAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA EN LOS PROCEDIMIENTOS, PERO ESTO NO ES SIEMPRE UNA GARANTÍA DE PAGO DE SEGURO.

TENGA EN CUENTA QUE CUALQUIER CITA DE NO SHOW ESTÁ SUJETA A UNA TARIFA DE \$50 QUE SE COBRARÁ EL MISMO DÍA. ANTES DE QUE SE CARGUE SU TARJETA, RECIBIRÁ UNA NOTIFICACIÓN POR LO MENOS 5 DÍAS ANTES. ENTONCES PODRÁ INICIAR SESIÓN EN EL PORTAL DEL PACIENTE Y VER UNA EXPLICACIÓN DE SU CUENTA Y CARGOS.

ANTES DE QUE SE CARGUE SU TARJETA, RECIBIRÁ UNA NOTIFICACIÓN POR LO MENOS 5 DÍAS ANTES. ENTONCES PODRÁ INICIAR SESIÓN EN EL PORTAL DEL PACIENTE Y VER UNA EXPLICACIÓN DE SU CUENTA Y CARGOS.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE SU CUENTA O LE GUSTARÍA USAR UNA FORMA DIFERENTE DE PAGO ADEMÁS DE SU TARJETA EN EL ARCHIVO, PUEDE LLAMAR AL 623-478-8000 Y SOLICITAR EL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN.

ESTO AYUDARÁ A TRANSMITIR EL PROCESO DE FACTURACIÓN, DECLARACIÓN Y PAGO PARA TODAS PARTES INVOLUCRADAS.

GRACIAS POR SU ENTENDIMIENTO EN ESTE ASUNTO Y ESPERAMOS CONTINUAR CON EL MEJOR CUIDADO DERMATOLÓGICO DEL VALLE.

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Autorizo a Omni Dermatology a mantener mi tarjeta de crédito en archivo y cobrar por futuros pagos que vencen como resultado de mi tratamiento. Esto incluye pagos para copagos así como también cualquier saldo resultante de deducibles de seguros y/o co-seguros. Entiendo que recibiré una notificación al menos 5 días antes que mi tarjeta de crédito sea cobrada por los saldos adeudados. Entiendo que si quisiera usar un método diferente de pago, puedo cambiar mi tarjeta en el archivo en cualquier momento o pagar en efectivo en persona antes de que expire el período de 5 días. Si no hago nada, entonces entiendo el saldo se cobrará a mi tarjeta en el archivo para liquidar mi saldo adeudado. Para cualquier pregunta con respecto a esta política, llame al 623-478-8000 para hablar con el departamento de facturación.

Firma del paciente, padre or guardián

Fecha



Política Financiera

_____(iniciales) Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos por los servicios prestados en mi nombre o en nombre de mi dependiente, independientemente de si están cubiertos por mi compañía de seguros, Medicare o póliza suplementario.

_____(iniciales) Se requiere el pago en el momento en que se prestan los servicios. Omni Dermatology Inc. tiene permitido, por contrato con su compañía de seguros, cobrar el copago y/o coseguro y cualquier deducible no alcanzado en el momento del servicio. La cantidad recaudada se estima con base en la información de beneficios disponible. La información específica de su póliza es limitada o no está disponible hasta después de que se haya presentado un reclamo.

_____(iniciales) La cobertura del seguro no es una garantía de pago. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo restante no cubierto por mi compañía de seguros, Medicare y/o póliza suplementaria. Es mi responsabilidad comunicarme con ellos si tengo preguntas sobre mis beneficios y cobertura.

_____(iniciales) Entiendo que mi compañía de seguros, Medicare y/o póliza suplementaria pueden tener un laboratorio preferido para análisis de sangre. Es mi responsabilidad saber qué laboratorio preferido puedo usar e informar a mi proveedor en el momento del servicio.

_____(iniciales) Entiendo que se puede cobrar una tarifa por cheques devueltos.

_____(iniciales) Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro requiere una remisión/autorización de mi médico primaria y que depende de mí obtener la remisión/autorización. Entiendo que sin esta remisión, mi seguro no pagará ningún servicio y que seré financieramente responsable de todos los servicios prestados.

Al firmar a continuación, certifico que he leído la información anterior y que se han respondido mis preguntas sobre estas pólizas. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo con la información anterior.