



INFORMACIÓN COSMÉTICA PARA PACIENTES

Por favor, complete todas las secciones en todas las páginas

TELÉFONO CELULAR# _____ Preferido Alternativo
TELÉFONO RESIDENCIAL# _____ Preferido Alternativo
NOMBRE DE PACIENTE (Apellido, Primer nombre, Inicial de segundo nombre) _____
SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DIRECCIÓN PRINCIPAL (CALLE) _____ APT# _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
DIRECCIÓN ALTERNATIVA (CALLE) _____ APT# _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
CORREO ELECTRÓNICO _____

¿Le gustaría recibir correos electrónicos de Aspire Dermatology para información sobre pacientes, prácticas, promociones y productos? Sí No

¿CÓMO SE ENTERÓ DE ASPIRE DERMATOLOGY? _____

¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DESCRIBE MEJOR SU TIPO DE PIEL?

- Piel muy grasosa, poros dilatados Piel grasosa Piel seca
 Piel Sensible Piel mixta (Zona-T grasosa, mejillas secas a normales)

¿CUÁLES SON SUS ÁREAS DE PREOCUPACIÓN?

- Líneas de expresión entre las cejas Acne Piel flácida
 Líneas alrededor de la nariz y boca Pecas/manchas solares Papada
 Arrugas alrededor de los ojos/patas de gallo Hiperpigmentación Cicatrices
 Líneas/pliegues en la frente Vello facial/vello no deseado Lesiones vasculares
 Rejuvenecimiento de la piel
 Otro _____

DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS: Cuando sea apropiado y necesario, el personal y los proveedores de Aspire Dermatology pueden tomar fotografías clínicas durante las consultas estéticas, antes y después de los tratamientos. Estas fotografías se utilizan para ayudar en el seguimiento de los resultados y la educación profesional. Las fotografías clínicas se consideran una práctica rutinaria del cuidado y tratamiento de nuestros pacientes y están cubiertas dentro de la admisión general y el consentimiento para tratar.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A OTRAS PERSONAS SI NO PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED

Autorizo a Aspire Dermatology a comunicar información sobre mi procedimiento/resultados de mi procedimiento/facturación a/con:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

O

- No divulgar ninguna información sobre citas, procedimientos, resultados o facturación a nadie que no sea a mi mismo.

Certificación de la información del paciente

He revisado la información demográfica de mi paciente en esta fecha y verifico que toda la información reportada a Aspire Dermatology sea correcta. Por la presente reconozco que se me ha puesto a mi disposición una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Aspire Dermatology. Tengo derecho a obtener una copia impresa bajo solicitud previa.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____

HISTORIAL MÉDICO: (Por favor, marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada o planeando un embarazo | <input type="checkbox"/> Mala cicatrización de heridas |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Lactancia | <input type="checkbox"/> Antecedentes de hospitalización por reacción alérgica |
| <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell | <input type="checkbox"/> Trastornos neuromusculares o debilidad muscular (ELA, Lou Gehrig, Miastenia gravis o síndrome de Lambert-Eaton) |
| <input type="checkbox"/> Inmunosupresión: quimio/radiación | <input type="checkbox"/> Antecedentes de problemas respiratorios (asma o enfisema) |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple (EM) | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de alergias graves | <input type="checkbox"/> Cirugía facial o implantes faciales |
| <input type="checkbox"/> Uso crónico de Prednisona | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de anafilaxia | <input type="checkbox"/> Tatuaje o maquillaje permanente |
| <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas (latidos cardíacos lentos/rápidos/irregulares) | <input type="checkbox"/> Cicatrices queloides |
| <input type="checkbox"/> Uso de Accutane; En caso afirmativo, fecha de finalización: _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama: mastectomía radical |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Antecedentes de Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Síndrome de ovario poliquístico |
| <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> LED/LES |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial | |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | |
| <input type="checkbox"/> Alergia a la proteína de la leche de vaca | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | |

PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS PREVIOS: (Por favor, marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Botox | <input type="checkbox"/> Extracciones |
| <input type="checkbox"/> Rellenos faciales (Juvederm/Radiesse/Restylane/Voluma) | <input type="checkbox"/> Eliminación de tatuajes |
| <input type="checkbox"/> Kybella | <input type="checkbox"/> Depilación láser |
| <input type="checkbox"/> Microdermoabrasión | <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento de la piel |
| <input type="checkbox"/> Peelings químicos | <input type="checkbox"/> Estiramiento de la piel |
| <input type="checkbox"/> Facial | |

¿CUÁL ES SU RÉGIMEN DIARIO DE CUIDADO DE LA PIEL? _____

¿FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE ESTUVO EXPUESTO AL SOL? _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA - En caso de que Aspire Dermatology necesite recetar medicamentos

Nombre de Farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Me gustaría que mis medicamentos actuales recetados por otros proveedores se descarguen electrónicamente de la base de datos de Surescripts. Sí No

MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS (Por favor indicar)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Actualmente está siendo tratado con medicamentos antiarrítmicos de clase III o bloqueadores de los canales de potasio para trastornos cardíacos?

(Tales como: Pacerone, Amiodarone, Tikosyn, Defetilide, Sotalol Hydrochloride, Multaq, Sí No
Dronedarone, Cordarone, Betapace, Corvert, Ibutilide, Nexterone, Sorine o Sotylize)

ALERGIAS (Por favor, indique las alergias a medicamentos y los tipos de reacciones adversas)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIA SOCIAL:

Grado de tabaquismo: marque la opción que aplique

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fumador diario | <input type="checkbox"/> Fumador, estado actual desconocido |
| <input type="checkbox"/> Fumador ocasional | <input type="checkbox"/> Nunca he fumado |
| <input type="checkbox"/> Ex fumador | <input type="checkbox"/> Se desconoce si alguna vez fumó |

Consumo de Alcohol:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol - ninguno | <input type="checkbox"/> Alcohol - 1-2 bebidas por día |
| <input type="checkbox"/> Alcohol - menos de 1 bebida al día | <input type="checkbox"/> Alcohol - 3 o más bebidas al día |

Certifico que toda la información proporcionada hoy a Aspire Dermatology es correcta.

FIRMA: _____ FECHA: _____



Acuerdo financiero:

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: En el caso de que mi seguro pague la totalidad o parte de los cargos del médico, el médico que me presta el servicio está autorizado a presentar un reclamo de pago a mi compañía de seguros. La oficina del médico no está obligado a hacerlo, a menos que esté bajo contrato con la aseguradora o esté obligado por una regulación de una agencia estatal o federal para procesar dicho reclamo, y si la información pertinente sobre la cobertura de seguro se presenta en o antes de la cita. Por la presente asigno beneficios que se pagarán en mi nombre a Aspire Dermatology. La persona firmando garantiza el pronto pago de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o el saldo adeudado después de los pagos del seguro de acuerdo con la política de pago de dichas facturas de Aspire Dermatology por cargos no pagados dentro de un período de tiempo razonable por el seguro o el tercero pagador. Certifico que la información proporcionada con respecto a la cobertura del seguro es correcta. Autorizo a Aspire Dermatology divulgar todos o parte de mis registros médicos cuando lo exija o lo permita la ley o la regulación gubernamental, cuando sea necesario para la presentación de cualquier reclamo de seguro por el pago de servicios o a cualquier médico responsable de continuar mi atención médica.

Copagos, porciones deducibles y coseguro: Aspire Dermatology esperará el **pago de copagos, porciones deducibles y coseguro en el momento del servicio**. Se cobrará un cargo administrativo de \$5.00 cuando los pacientes soliciten retrasar el pago del copago, los deducibles y el coseguro. **A los pacientes con un saldo pendiente de más de 90 días se les aplicará un cargo vencido de \$ 25.00, deben hacer arreglos para el pago antes de programar citas y, en ausencia de un plan de pago, la cuenta se entregará a una agencia de cobro.** Aspire Dermatology acepta todas las principales tarjetas de crédito como forma de pago para su conveniencia. Nos damos cuenta de que los pacientes tienen dificultades financieras y nuestros asesores financieros trabajarán con usted para garantizar que reciba la atención médica necesaria. Tenga en cuenta que Aspire Dermatology y sus proveedores se consideran "especialistas" y los copagos son generalmente más altos que los copagos pagados al médico de atención primaria.

Cargo por fondos insuficientes: Aspire Dermatology cobrará una tarifa NSF de **\$30** en caso de un cheque devuelto o sin fondos por cualquier motivo. El paciente tendrá que hacer arreglos para que todas las visitas futuras se paguen en efectivo o con tarjeta de crédito; ya no se aceptará un cheque. Tenga en cuenta que, como depositante del cheque, nuestra institución financiera cobra una tarifa a Aspire Dermatology en caso de que se devuelva un cheque.

Citas perdidas: Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo reservado para usted. Se agregará un cargo por cita perdida de **\$25.00** a su cuenta si no nos proporciona el aviso de cancelación o reprogramación de 24 horas solicitado. Se agregará una tarifa de **\$75.00** a su cuenta por citas perdidas de cirugía de Mohs y escisión o reprogramadas menor a 24 horas de aviso. Se agregará a su cuenta una tarifa de cita cosmética perdida de **\$50.00** si no nos proporciona el previo aviso de cancelación o reprogramación de 24 horas solicitado.

Planes de seguro HMO: Para fines de procesamiento de reclamos, Aspire Dermatology necesita información de referencia del paciente, como el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico remitente, y el formulario de referencia. Sin la información, el reclamo no se procesará y la factura será responsabilidad del paciente. Si tiene una cobertura HMO, debe obtener una referencia antes de su visita a Aspire Dermatology. Si no se obtiene una referencia antes de la visita, cualquier obligación financiera se facturará al paciente.

Verificación de Elegibilidad y Beneficios de Seguros: Aspire Dermatology se dedica a ayudar a nuestros pacientes con una cobertura de beneficios precisa, haciendo esfuerzos para verificar la elegibilidad y los beneficios de la póliza de seguro de cada paciente para cualquier obligación financiera, si corresponde, que resulte de esa fecha de servicio; sin embargo, no seremos responsables de ninguna información inexacta que se nos proporcione siempre que la información esté disponible. Las pólizas y las determinaciones de cobertura pueden variar de un seguro a otro, de un plan a otro y de un año a otro, incluso si las el número de la póliza del paciente y las tarjetas de identificación siguen siendo las mismas. Además, no todos los servicios están cubiertos en todos los planes de seguro. Comuníquese con el departamento de servicios para miembros de su compañía de seguros si tiene preguntas adicionales sobre su póliza y cobertura.

PACIENTES DE PAGO INDEPENDIENTE: Tenga en cuenta que si no tiene cobertura de seguro, se espera que pague por la "Visita al consultorio" y el tratamiento en el momento de su visita. Podría haber cargos adicionales por el tratamiento realizado el día de su visita. Se espera que esas tarifas se paguen el mismo día, o pueden facturarse después de que se determinen los cargos por los servicios prestados. Si se realizan análisis de laboratorio o biopsias durante su visita, recibirá una factura del laboratorio de procesamiento. Este proyecto de ley no viene de nosotros. Este es un proyecto de ley externo.

PACIENTES COSMÉTICOS: Aspire Dermatology esperará el **pago de las tarifas de consultas y los costos del tratamiento en el momento del servicio**. Las tarifas de consulta se deben pagar en el momento de la consulta y no son reembolsables, pero se acreditarán al costo de su tratamiento en caso de que se complete el tratamiento. Las tarifas de consulta, los costos de productos y tratamientos están sujetos a cambios sin previo aviso.

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído y entiende lo anterior y acepta todos los términos especificados anteriormente.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Nombre

Relación con el Paciente

Fecha de Firma