

INFORMACION DE PACIENTE

Por favor complete todas las secciones en todas las páginas

TELÉFONO PREFERIDO _____ se puede dejar mensaje Si No

TELÉFONO ALTERNATIVO _____ se puede dejar mensaje Si No

Utilizaremos su número de teléfono preferido para comunicar los resultados de las pruebas.

NOMBRE DE PACIENT (Apellido,Nombre,Inicial segundo) _____ SEXO: _____

DIRECCION PRIMARIA(calle) _____ APT# _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION ALTERNATIVA (calle) _____ APT# _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____ -- _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO _____

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

¿COMO ESCUCHASTE DE ASPIRE DERMATOLOGY? _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / MÉDICO DE REFERENCIA _____

SU EMPLEADOR _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA a otras personas si no podemos comunicarnos con usted (requisitos HIPAA)

Autorizo a Aspire Dermatology y Jason Michaels, MD a comunicar información sobre mi procedimiento / resultados de mi procedimiento/facturación a / con:

Nombre _____ relación _____ Teléfono: _____

Nombre _____ relación _____ Teléfono: _____

No divulgue ninguna información sobre citas, procedimientos, resultados o facturación a nadie más que a mí mismo

PARTE RESPONSABLE (PARA MENORES DE EDAD)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Inicial segundo) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: _____

DIRECCION DE ENVIO (Calle) _____ Apt# _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO _____

Teléfono preferido para las comunicaciones de resultados de prueba _____

Teléfono alternativo para comunicaciones de resultados de prueba _____

Certificación de información del paciente

He revisado la información demográfica y de seguro de mi paciente en esta fecha y verifico que toda la información reportada a Jason Michaels, MD y Aspire Dermatology es correcta. Por la presente reconozco que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Jason Michaels, MD / Aspire Dermatology se me ha puesto a disposición. Tengo el derecho de obtener una copia en papel de ser requerido.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIAL CLINICO

Marque todo lo que corresponda en Revisión de sistemas, alertas de pacientes, historial médico y cirugías anteriores:

REVISION DE SISTEMAS

- Erupcion de piel
- Cambio de lunar
- Problemas desicatis
- Fiebre o escalofríos
- Problemas tiroides
- Fiebre de heno
- Dolores de cabeza
- Dolores en las articulaciones
- Dolor de garganta
- Inmunosupresión
- Dolor abdominal
- Sangre en su orina
- Debilidad muscular
- Esta embarazada o planeando embarazo
- Latido acelerado del corazón con epinefrina

ALERTAS AL PACIENTE

- Marcapasos del corazon
- Válvula cardíaca artificial
- Premedicación previa a los procedimientos
- Trasplante de corazón o órgano
- Reemplazo de la articulación: Rodilla (derecha, izquierda, ambas) * en los últimos 6 meses
- Reemplazo de la articulación: cadera (derecha, izquierda, ambas)*en los últimos 6 meses
- GI molesto con antibióticos
- Alergia a los antibióticos tópical
- Infeccion de hongos con antibioticos
- Alergia a: látex adhesivo lidocaina
- Anticoagulantes
- Desfibrilador
- Riesgo de caída
- Historia de linfoma
- SIDA/VIH
- Actualmente tomando prednisona
- Otro _____

HISTORIAL MÉDICO

- Ansiedad
- Artritis
- Asma
- Fibrilación auricular
- BPH (próstata agrandada)
- Trasplante de médula ósea
- Cáncer de mama Cáncer de colon
- COPD
- Enfermedad de la arteria coronaria
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad renal en etapa terminal
- Reflujo gástrico
- Pérdida de la audición

- Hepatitis
- Hipertensión
- VIH/SIDA
- Hipercolesterolemia
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Leucemia
- Cáncer de pulmón
- Linfoma
- Cáncer de próstata
- Tratamiento de radiación
- Convulsiones
- Ataque isquémico o derrame
- Ninguna
- Otro _____

CIRUGÍAS PASADAS

- Apéndice eliminado
- Vejiga eliminada
- Mastectomía (derecha, izquierda, bilateral)
- Lumpectomía (derecha, izquierda, bilateral)
- Biopsia de mama (derecha, izquierda, bilateral)
- Colectomía: resección del cáncer de colon
- Colectomía: Diverticulitis
- Colectomía: IBD
- Vesícula biliar retirada (colecistectomía)
- Corazón: Reemplazo de la válvula biológica
- Corazón: Derivación de la arteria coronaria
- Trasplante de corazón
- Corazón: Reemplazo de la válvula mecánica
- Corazón: PTCA (stent / angioplastia)
- Se eliminó la piedra del riñón
- Nefrectomía renal
- Trasplante de hígado

- Trasplante de riñón
- Los ovarios se eliminaron: endometriosis
- Los ovarios se eliminaron: cáncer de ovario
- Los ovarios se eliminaron: quiste ovárico Ovarios: ligadura de trompas
- cáncer de próstata
- Piel: biopsia de piel
- Piel: carcinoma basocelular
- Piel: carcinoma de células escamosas
- Piel: Melanoma
- Bazo eliminado
- Testículos eliminados
- Útero (Histerectomía): Fibromas
- Útero (Histerectomía): cáncer de útero o cáncer de cuello uterino
- Ninguna
- Otro _____

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

HISTORIA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL ¿Ha tenido alguna de las siguientes afecciones de la piel?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno / Alergias |
| <input type="checkbox"/> Queratosis actínicas | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel basocelular | <input type="checkbox"/> Topos precancerosos |
| <input type="checkbox"/> Ampollas de sol | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de células escamosas |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Cuero cabelludo escamoso o con picazón | |

VACCINATION HISTORY:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Tetanos |
| <input type="checkbox"/> Pneumococcal Pneumonia (65+) | <input type="checkbox"/> VHP (si menor de 18) |
| <input type="checkbox"/> Shingles Vaccine (50+) | <input type="checkbox"/> Meningococo (si menor de 18) |

FAMILIAR DE MALENOMA? Si No

En caso afirmativo, ¿Qué pariente?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermana | <input type="checkbox"/> Hija |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Otro |

INFORMACIÓN DE FARMACIA - En caso de que Aspire Dermatology necesite prescribir medicamento (s)

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

MEDICAMENTOS (Por favor Listar)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

ALERGIAS (Indique las alergias a los medicamentos y los tipos de reacciones adversas)

_____	_____
_____	_____

HISTORIA SOCIAL:

Estado de fumador: compruebe qué opción se aplica:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actual fumador diario | <input type="checkbox"/> Fumador, estado actual desconocido; |
| <input type="checkbox"/> Actual fumador ocasional | <input type="checkbox"/> Nunca fumador; |
| <input type="checkbox"/> Ex fumador | <input type="checkbox"/> Desconocido si alguna vez fumo; |

Uso de alcohol

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

¿Tiene un poder notorial /o un representante de poder para su salud? Si No

Nombre _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Certifico que toda la información proporcionada en esta fecha para Aspire Dermatology es correcta. TENGA EN CUENTA: Cuando sea apropiado y necesario, el personal y los proveedores de Aspire Dermatology pueden tomar fotografías clínicas de las siguientes áreas examinadas, entre otras: biopsias, procedimientos quirúrgicos, suturas, erupciones cutáneas, acné y lunares. Estas fotografías se utilizan para ayudar a rastrear los resultados, el diagnóstico adecuado, el tratamiento y la educación profesional. Las fotografías clínicas se consideran una práctica habitual de la atención y el tratamiento de nuestros pacientes y están cubiertas dentro de la admisión general y el consentimiento para el tratamiento.

Acuerdo financiero:

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 una reclamación de pago a mi compañía de seguros. La oficina del médico no está obligada a hacerlo, a menos que esté bajo contrato con el asegurador o esté obligado por un reglamento de un organismo estatal o federal a procesar dicha reclamación, y si la información pertinente sobre la cobertura del seguro se presenta en o antes de la cita. Aspire Dermatology esperará **el pago de copagos, franquicias y coaseguro al momento del servicio**. Se cobrará una tarifa administrativa de \$ 5.00 cuando los pacientes requieran retrasar el co-pago, los deducibles y el pago del coaseguro. **Los pacientes con un saldo pendiente de más de 90 días deben hacer arreglos para el pago antes de la programación de citas. En ausencia de un plan de pago, las tarifas de las colecciones se aplicarán a la cuenta, y la cuenta será entregada a una agencia de cobros.** Aspire Dermatology acepta todas las principales tarjetas de crédito como una forma de pago para su conveniencia. Nos damos cuenta de que los pacientes tienen dificultades financieras y nuestros asesores financieros trabajarán con usted para asegurarse de que reciba la atención médica necesaria. Tenga en cuenta que Aspire Dermatology y sus proveedores son considerados "especialistas" y los copagos son generalmente más altos que los copagos pagados al médico de atención primaria

Cargo por fondos no suficientes: Aspire Dermatology cobrará una tarifa de NSF de \$ 30 en caso de un cheque devuelto o malo, o por cualquier y todas las razones. El paciente tendrá que hacer arreglos para que todas las futuras visitas sean pagadas en efectivo o con tarjeta de crédito; un cheque ya no será aceptado. Tenga en cuenta que, como depositante del cheque, Aspire Dermatology recibe una tarifa de nuestra institución financiera.

Visitas perdidas: Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podrían haber sido vistos en el tiempo reservado para usted. Una cuota de cita perdida de \$ 25.00 se agregará a su cuenta si no nos proporciona la notificación de cancelación o de reprogramación solicitada de 24 horas. Una cuota de cita perdida de \$ 75.00 se agregará a su cuenta para las citas de la cirugía de Mohs perdidas o reprogramadas bajo la notificación de 24 horas.

Planes de seguro HMO: Para propósitos de procesamiento de reclamaciones, Aspire Dermatology necesita información referida del paciente, como el nombre del médico referente, la dirección y el número de teléfono, y el formulario de referencia. Sin la información, la reclamación no se procesará y la factura será responsabilidad del paciente. Si usted tiene una cobertura de HMO, usted está obligado a obtener una referencia antes de su visita a Aspire Dermatology. Si la referencia no se obtiene 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, sin embargo, no seremos responsables de ninguna información inexacta que nos sea proporcionada siempre que la información esté disponible. Las políticas y las determinaciones de cobertura pueden variar de pagador a pagador, plan a plan y año a año, incluso si las tarjetas de identificación de miembro y de identificación permanecen iguales. Además, no todos los servicios están cubiertos en todos los planes de seguro. Póngase en contacto con el departamento de servicios a miembros de su compañía de seguros si tiene preguntas adicionales sobre su póliza y cobertura.

PACIENTES DE PAGO INDEPENDIENTE: Por favor, tenga en cuenta que, si no tiene cobertura de seguro, se espera que pague por la "Visita a la Oficina" y el tratamiento en el momento de su visita. Podría haber cargos adicionales por el tratamiento realizado el día de su visita. Estas tarifas se esperan sean pagas el mismo día, o se pueden facturar después de que se determinen los cargos por los servicios prestados. Si hay algún orden de laboratorio o biopsias durante su visita, recibirá una factura del laboratorio. Este cobro no viene de nosotros. Esta es una factura de afuera.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente asigno beneficios a mi nombre, para ser pagados a Jason Michaels, MD, u otros médicos que prestan sus servicios. El abajo firmante garantiza el pago puntual de todos los cargos incurridos por los servicios prestados o el saldo adeudado después de los pagos del seguro de acuerdo con la póliza de pago de tales facturas de Jason Michaels MD por los cargos no pagados dentro de un período razonable por un seguro o un tercero pagador. Certifico que la información dada con respecto a la cobertura de seguro es correcta. Autorizo a Jason Michaels MD a liberar la totalidad o parte de mis registros médicos cuando así lo requiera o permita la ley o la reglamentación gubernamental cuando sea necesario para presentar cualquier reclamación de seguro para el pago de servicios o para cualquier médico responsable de la continuación de atención.

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

Firma Parte Responsable

Nombre

Relación con el paciente

Fecha de firma

EXENCIÓN DE RIESGOS FINANCIEROS

Entiendo que todo el tejido removido será enviado a un laboratorio externo para su examen e identificación. También entiendo que podría existir un pago asociado con este procedimiento del cual yo sería responsable debido a mis límites de copago/deducible.

Se me enviará un cobro del laboratorio de procesamiento si se realizan trabajos de laboratorio o biopsias durante mi visita, de acuerdo con mi cobertura de seguro actual. Esta factura no proviene de Aspire Dermatology. Es un cobro de terceros. Nuestro laboratorio de procesamiento de muestras de tejidos preferido es New England Tissue Issue, pero también utilizamos los servicios de otros laboratorios en el área de Rhode Island.

Tenga en cuenta que tinciones especiales para las biopsias pueden ser necesarias. El dermatopatólogo puede necesitar solicitar que un laboratorio externo realice estudios más intensivos para asegurar un diagnóstico adecuado. Estos costos adicionales separados incluyen, pero no se limitan a pedidos de tinciones especiales. Puedo ser responsable del costo adicional de procesamiento de laboratorio que se determina de acuerdo con mis beneficios del plan de seguro. Por favor, tenga en cuenta que la decisión de contratar a un laboratorio de terceros para detectar tinciones especiales no es realizada por Aspire Dermatology, y cualquier responsabilidad monetaria adicional resultante de pruebas adicionales se debe al laboratorio respectivo. Cualquier consulta relacionada con cantidades adicionales de copago de laboratorio debe dirigirse al laboratorio de terceros correspondiente.

Certifico que he leído y entiendo toda la información que me han proporcionado, y que toda la información proporcionada en esta fecha a Aspire Dermatology es correcta.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____