



INFORMACION DE PACIENTE

Por favor complete todas las secciones en todas las páginas

TELÉFONO CELULAR _____ se puede dejar mensaje Si No

TELÉFONO RESIDENCIAL _____ 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 _____

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: _____

Nombre _____ relación _____ Teléfono: _____

o

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 _____

En Aspire Dermatology, hacemos todo lo posible para brindar a nuestros pacientes atención oportuna en las comunidades donde viven y trabajan. Su proveedor de atención puede no ser siempre el mismo, sin embargo, Aspire Dermatology está compuesto por un equipo altamente profesional, capacitado y conocedor de: médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y esteticistas, que están listos y disponibles para atender todas sus necesidades de cuidado de la piel con el máximo profesionalismo, respeto y cuidado.

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 Aspire Dermatology es correcta. Por la presente reconozco que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para AspireDermatology 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

- Dolores en las articulaciones
- Erupción de la piel
- Problemas de visión
- Pérdida del cabello
- Depresión nueva o que empeora
- Mareos/dolores de cabeza
- Debilidad muscular
- Piel seca/labios secos
- Bulto/masa en la piel
- Infecciones múltiples sistémicas o localizadas

ALERTAS AL PACIENTE

- Marcapasos o desfibrilador
- Válvula cardíaca artificial
- Vasovagal con procedimientos
- Alergia a: látex adhesivo lidocaina
- Latidos cardíacos rápidos con epinefrina
- Historia de los queloides
- Reemplazo articular en los últimos 2 años
- Antibióticos profilácticos necesarios
- Tomando anticoagulantes
- Inmunosupresión
- VIH / SIDA
- Antecedentes de trasplante de órganos
- Actualmente embarazada
- Se requiere intérprete

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
- Enfermedades Neuromusculares

- 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 | |

HISTORIAL DE VACUNACIÓN:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Tetanos |
| <input type="checkbox"/> Neumonía neumocócica (65+) | <input type="checkbox"/> VHP (si menor de 18) |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la culebrilla (50+) | <input type="checkbox"/> Meningococo (si menor de 18) |

¿Antecedentes familiares de melanoma? 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) ¿Alergia a la leche de vaca?

_____	_____
_____	_____

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:

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



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, no podemos garantizar que sus muestras puedan/se enviarán a un laboratorio diferente fuera de nuestro laboratorio preferido.

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:** _____



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para la realización de exámenes físicos, incluida la atención médica y quirúrgica, los procedimientos de diagnóstico y los tratamientos que se consideren necesarios o aconsejables a juicio de mi proveedor. Esto puede incluir, pero no se limita a pruebas de diagnóstico de laboratorio (como biopsias de piel, extracciones y monitoreo de laboratorio), tratamientos médicos y quirúrgicos (incluidos tratamientos de verrugas, extirpaciones quirúrgicas, administración de medicamentos) u otros servicios prestados por Aspire Dermatology. Entiendo que cualquier procedimiento realizado me será explicado de antemano y que soy libre de rechazar cualquiera o todos los procedimientos si así lo elijo.

Entiendo que se me dará una explicación de la naturaleza, el propósito previsto y los riesgos previsibles razonables, consecuencias, complicaciones, beneficios y alternativas de los exámenes, procedimientos o tratamientos que se pueden realizar.

Con cualquier procedimiento, existen riesgos involucrados que incluyen, pero no se limitan a:

1. **Cicatriz** - La cicatrización siempre es posible con cualquier procedimiento de la piel. Hacemos todo lo posible para proporcionar el mejor resultado cosmético, pero el resultado final no está garantizado.
2. **Infección** - Todos los procedimientos se realizan de manera limpia. Se proporcionarán instrucciones detalladas para el cuidado de heridas. A pesar de esto, un pequeño porcentaje de personas puede desarrollar una infección.
3. **Sangrado** - Es probable que algunos procedimientos tengan una pequeña cantidad de sangrado. Se intentará en el cargo detener el sangrado antes de salir de la oficina. En raras ocasiones, y con más frecuencia para aquellos que toman medicamentos anticoagulantes, puede ocurrir algo de sangrado en el hogar.
4. **Daño a los nervios** - El riesgo de daño a los nervios es una posibilidad rara con cualquier procedimiento quirúrgico.

Reconozco que no he recibido garantías o promesas con respecto a los beneficios que se espera recibir, o las consecuencias que pueden resultar de cualquiera de los exámenes, procedimientos o tratamientos que se pueden realizar. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que los tratamientos pueden implicar un riesgo de efectos no deseados y lesiones.

Entiendo que no se me han dado garantías o seguridades con respecto a los resultados de tales procedimientos. Reconozco que cada compañía de seguros tiene sus propias políticas con respecto a la cobertura de servicios. Entiendo que soy responsable del pago total de cualquier cargo incurrido por procedimientos y visitas al consultorio. Si me preocupa el costo asociado con el tratamiento, es mi responsabilidad solicitar una estimación del procedimiento antes de comenzar el tratamiento.

Entiendo los riesgos asociados con los procedimientos que pueden ocurrir durante mis visitas a Aspire Dermatology. Entiendo que debo discutir cualquier pregunta o inquietud con mi proveedor antes de cualquier procedimiento, y tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento en cualquier momento.

Entiendo que todo el tejido extraído se enviará a un laboratorio externo para su examinación e identificación. Entiendo que podría haber gastos de bolsillo asociados con este procedimiento debido a sus límites de copago / deducible.

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, pero no limitadas a: biopsias, procedimientos quirúrgicos, suturas, erupciones cutáneas, acné y lunares. Estas fotografías se utilizan para ayudar en el seguimiento de los resultados, el diagnóstico adecuado, el tratamiento 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

En Aspire Dermatology, hacemos todo lo posible para brindar a nuestros pacientes atención oportuna en las comunidades donde viven y trabajan. Su proveedor de atención puede no ser siempre el mismo, sin embargo, Aspire Dermatology está compuesto por un equipo altamente profesional, capacitado y conocedor de: médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y esteticistas, que están listos y disponibles para atender todas sus necesidades de cuidado de la piel con el máximo profesionalismo, respeto y cuidado.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____