

Pacientes Nuevos

Bienvenido a Thomas Dermatology! Por favor completa toda la información con la mayor precisión posible.
Si está completando esto en casa, traiga todas las páginas adjuntas. Todas las repuestas son confidenciales.

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Género: _____ Estado Civil: _____ SS#: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____
Altura: _____ Peso: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma: _____

Si la/el paciente es menor de edad

Padres/Guardian: _____ FDN: _____ SS#: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Seguro Primarios

Nombre: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____
Teléfono: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Titular de Póliza: _____ Relación: _____ FDN: _____

Seguro Secundario

Nombre: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____
Teléfono: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Titular de Póliza: _____ Relación: _____ FDN: _____

Atención Primaria

Proveedor Primaria/o: _____ Proveedor de Referencia: _____

Farmacia

Nombre: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código Postal: _____ Calles Principales: _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

Revisión de Sistemas

☐ Moretones con facilidad ☐ Cicatrización fácil ☐ Sangrado Excesivo ☐ Dolor en las Articulaciones ☐ Erupción Cutánea ☐ Inmunodeprimido

Historial Medico

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| ☐ Cáncer interno
Tipo/año: _____ | ☐ Hepatitis B | ☐ Artritis | ☐ Alzheimer's |
| ☐ COVID-19 | ☐ Hepatitis C | ☐ Enfermedad de Tiroides | ☐ Parkinson's |
| ☐ Asma | ☐ Tuberculosis | ☐ Lupus | ☐ Esclerosis Múltiple |
| ☐ Alergias estacionales | ☐ VIH/SIDA | ☐ Otra enfermedad | ☐ ¿Estas embarazada? |
| ☐ Alergias a los alimentos | ☐ Diabetes | autoinmune | ☐ ¿Estas amamantando? |
| ☐ Ansiedad/Depresión | ☐ COPD | Tipo: _____ | ☐ Orto: _____ |
| | | ☐ Alta presión | |
| | | ☐ Enfermedad de corazón | |
| | | Tipo: _____ | |

Historia de Cirugía

- | | |
|--|--|
| ☐ Trasplanté de Órgano: Órgano: _____ Año: _____ | ☐ Cirugía de Mohs o Cirugía de Cáncer de Piel |
| ☐ Reemplazo de articulación: articulación: _____ Año: _____ | ☐ Histerectomía |
| ☐ Válvula Cardíaca Artificial: Tipo: _____ Año: _____ | ☐ Marcapasos/Desfibrilador |
| ☐ Medula Ósea/trasplanté de células madre: Año: _____ | Otro: _____ |

Historia de la Piel

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Acné | ☐ Piel Seca/Eczema | ☐ Lunares anormales |
| ☐ Queratosis Actínica | ☐ Pérdida de Cabello | ☐ Soriasis |
| ☐ Carinoma de Células Basales | ☐ Melanoma | ☐ Carcinoma de células escamosas |
| ☐ Al menos una quemadura solar con ampollas? | ☐ ¿Protector Solar? S/N | ☐ Otro: _____ |
| ☐ A usado cama de bronceado? | ☐ Trabaja: adentro / afuera | |

Historia familiar

- ☐ Melanoma ☐ Célula Basal/ Escamosa ☐ Asma ☐ Alergias ☐ Eczema ☐ Soriasis

Medicamentos/Suplementos

Alergias a Medicamentos/Productos

Historia Social

Alcohol: Frecuencia: _____ Fumadora/o: Frecuencia: _____

¿Tiene usted una directiva anticipada? (por ejemplo, testamento vital, poder notarial para atención médica) Si / No

¿Este formulario está siendo llenado por alguien que no es el paciente? Si / No Razón si es Si: _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

Entendiendo Su Visita, Seguro Médico y Gastos de Bolsillo

Entendemos que navegar por los planes de seguro, los términos de facturación y los gastos médicos puede resultar abrumador y frustrante; ten la seguridad de que no estás solo. Aunque, en última instancia, es tu responsabilidad familiarizarte con tu cobertura, nuestro objetivo es brindarte orientación y apoyo durante todo el proceso.

Al leer esto, puedes ayudar a prevenir problemas inesperados y asegurar una experiencia fluida y positiva durante tu visita.

Conceptos Básicos del Seguro de Salud

- **Copago:** Una tarifa fija que pagas al registrarte para la visita (por ejemplo, \$25–\$50).
- **Deducible:** La cantidad que pagas de tu bolsillo cada año antes de que el seguro comience a pagar.
- **Coseguro:** Después de cumplir con el deducible, podrías tener que pagar un porcentaje del costo total (por ejemplo, 20%).

Estos costos son establecidos por tu compañía de seguros, no por nosotros.

Por qué su visita puede incluir cargos adicionales

Muchas visitas dermatológicas implican procedimientos (tratamientos, biopsias, extracciones), que se facturan por separado de su visita a la consulta. Intentamos resolver los problemas el mismo día para que no tenga que volver. Cuando eso sucede, su seguro puede aplicar su deducible y coseguro, resultando en una factura más alta, especialmente si no ha cumplido con su deducible. Esto puede llevar a costos de bolsillo más altos de lo que esperaba cuando termina su cita.

Cómo la Dermatología se Diferencia de su Proveedor de Atención Primaria

- Las visitas de dermatología a menudo incluyen procedimientos, incluso durante los exámenes de rutina. El seguro los trata como servicios separados y facturables.
- A diferencia de la atención primaria, es posible que deba pagar más que solo su copago.

Facturamos estrictamente según lo realizado durante la visita, de acuerdo con las reglas del seguro.

Por qué no facturamos como atención preventiva

Las visitas dermatológicas se facturan como visitas a un especialista, no como visitas preventivas o de “bienestar” anuales. Incluso si su cita es para un chequeo rutinario de la piel, el seguro lo procesará bajo sus beneficios de especialista y las reglas estándar de copago/deducible. La cobertura de visitas preventivas a través de su seguro generalmente solo se aplica a su proveedor de atención primaria.

Cómo Podría Ser una Visita Típica

Este es un ejemplo general de cómo puede ser una visita al dermatólogo, desde el registro hasta el seguimiento, y cómo tu plan de seguro puede determinar lo que debes pagar.

1. Llegas y pagas tu copago al registrarte, lo que cubre la visita/examen en la oficina.
2. Durante la visita, el médico encuentra una lesión sospechosa y realiza una biopsia, además de posiblemente congelar algunos crecimientos. Estos son procedimientos separados, facturados además de la visita a la oficina.
3. Al salir, nuestro personal de recepción trabaja con nuestro equipo clínico para estimar tu costo de bolsillo según tu plan de seguro.
4. Si tienes un deducible pendiente o coseguro, podemos cobrar una parte de esa cantidad antes de que te vayas.
5. La biopsia se envía a un laboratorio externo, que puede enviarte una factura separada según los beneficios de tu plan.
6. Después de que el seguro procese tu reclamo, podrías recibir una factura nuestra por cualquier saldo restante aplicado a tu deducible o coseguro.

Reconozco que he leído y revisado la información anterior sobre mi visita, facturación de seguro, responsabilidad financiera y cómo se pueden aplicar los cargos según mi plan de seguro. Entiendo que los detalles proporcionados tienen la intención de ayudarme a navegar mejor mi atención y evitar costos inesperados.

Firma (Paciente/Padre/Tutor): _____ **Fecha:** _____

Política Financiera

Por favor, entienda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. Lo siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que usted está obligado a leer y firmar antes del tratamiento.

- TODOS LOS PACIENTES DEBEN COMPLETAR NUESTRA INFORMACION DEL PACIENTE, HISTORIA DEL PACIENTE Y FORMAS DE POLICA DE HIPAA ANTES DE VER A UN PROVEEDOR.
- LAS TARJETAS DE SEGURO VIGENTES Y UNA IDENTIFICACION CON FOTO DEBAN PRESENTARSE AL REGISTRARSE PARA SER ESCANEADA EN NUESTRO SISTEMA. SI THOMAS DERMATOLOGY ACEPTA ATENDER AL PACIENTE SIN TARJETAS DE SEGURO VIGENTES, EL PACIENTE ACEPTA ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD ECONOMICA COMPLETA DE LA CITA Y CUALQUIER COMPLICACION DE FACTURACION DEL SEGURO QUE PUEDE SURGIR DEBIDO A LA FALTA DE INFORMACION ACTUALIZADA DEL SEGURO.
- EL PAGO COMPLETO SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO PARA LOS PACIENTES DE EFECTIVO, AL MENOS QUE SE HALLAN HECHO ARREGLOS ANTERIORES.
- LOS PAGOS CO-SEGURO DEDUCIBLE SE DEBEN EN EL TIEMPO TO CHECK-OUT PARA LOS PACIENTES ASEGURADOS.
- ACEPTAMOS EN EFECTIVO, CHEQUE, VISA, MASTER CARD, AMEX Y DISCOVER, ASI COMO TARJETAS DE DEBITO. CUALQUIER SALDO DEBIDO DE VISITAS ANTERIORES DEBE PAGARSE ANTES DE CUALQUIER VISITA POSTERIOR. TODAS LAS CUENTAS CON 90 DIAS VENCIMIENTO SERAN ASIGNADAS AUTOMATICAMENTE A UNA AGENCIA DE COBRO A MENOS QUE SE HAYAN HECHO ARREGLOS ANTERIORES.
- SI LA CUENTA SE ENTREGA A UNA AGENCIA SE COBRANZA, EL PACIENTE ACEPTA PAGAR TODO LOS GASTOS QUE NUESTRA CONSULTA PUEDA INCURIR PARA COBRAR EL SALDO MOROSO. LAS TARIFAS DE COBRO SON ENTRE EL 40% Y EL 50% DEL SALDO DEBIDO, Y SE DEBAN ADEMÁS DEL SALDO DEBIDO.
- ADEMÁS, TODAS LAS CUENTAS VENCIDAS POR 90 DIAS ESTARAN SUJETAS A INTERES A UNA TASA DEL 2% MENSUAL.
- SU CITA PROGRAMADA TIENE UN PERIODO DE GRACIA DE 15 MINUTOS. MÁS ALLÁ DE ESE TIEMPO, SE LE PUEDE REQUERIR UNA REPROGRAMACION.
- POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE LA EXENCION DE LOS CARGOS DE DEDUCIBLE Y COPAGOS ES ILEGAL Y UN INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CON LAS COMPANIAS DE SEGUROS.

Tarifas por No Presentarse, Reprogramación y Cancelación

- **Visitas Médicas:** Los pacientes que no se presenten, o que no cancelen o reprogramen con al menos 24 horas de anticipación, se les cobrará una tarifa de \$50 por no presentarse.
- **Servicios de Esteticista:** A los pacientes que no se presenten a su cita o que no la cancelen o reprogramen con al menos 24 horas de anticipación se les cobrará un cargo de \$50.
- **Citas Quirúrgicas:** Los pacientes que no se presenten, o que no cancelen o reprogramen con al menos 24 horas de anticipación, se les cobrará una tarifa de \$100 por no presentarse.
- **Consultas Cosméticas:** Los pacientes que no se presenten, o que no cancelen o reprogramen con al menos 24 horas de anticipación, perderán su tarifa de consulta.
- **Paquetes de Servicios Estéticos:** A los pacientes que no se presenten a su cita o que no cancelen o reprogramen, con al menos 24 horas de anticipación, cualquier servicio incluido en un paquete se les cobrará un cargo de \$100 por inasistencia o cancelación tardía.
- **Procedimientos Cosméticos Mayores (requieren al menos un depósito del 20% para programar):** Para procedimientos cosméticos mayores que requieren al menos un depósito del 20%, los pacientes que no se presenten, o que no cancelen o reprogramen con al menos 7 días de anticipación, perderán su depósito.
- **Procedimientos Cosméticos Menores (el depósito varía):** Para procedimientos cosméticos menores que requieren un depósito, los pacientes que no se presenten, o que no cancelen o reprogramen con al menos 24 horas de anticipación, perderán su depósito.
- **Autorización de Pago:** Thomas Dermatology se reserva el derecho de cobrar a la tarjeta de crédito o débito los cargos aplicables por no presentarse, depósitos perdidos o sanciones por citas omitidas como se describe arriba.

COBERTURA DEL SEGURO

SI SU COMPANIA DE SEGURO NECESITAN UNA REFERENCIA MEDICA DE ATENCION PRIMARIA, ES SU RESPONSABILIDAD OBTENER LA REFERENCIA/NUMERO DE REFERENCIA, Y LLEVARLO CON USTED A SU VISITA. SI NO TIENE REFERENCIA/NUMERO DE REFERENCIA Y SU COMPANIA DE SEGURO LO REQUIERE, ES POSIBLE QUE TENAMOS QUE REPROGRAMAR SU CITA.

YO, EL FIRMANTE, POR LO PRESENTE AUTORIZO A MI(S) ASEGURADORA(S) A PAGAR DIRECTAMENTE A THOMAS DERMATOLOGY LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, SI CORRESPONDE, QUE DE OTRO MODO SE ME PAGARIAN POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIAMENTE REPOSABLE DE CUALQUIER CARGO NO CUBIERTO POR DICHA(S) COMPANIA(S) DE SEGUROS, INCLUIDOS LOS MONTOS DE COPAGO Y/O DEDUCIBLE.

YO, EL FIRMANTE, POR LO PRESENTE TAMBIEN DOY MI PERMISO A THOMAS DERMATOLOGY PARA PROPORCIONAR A MI(S) COMPANIA(S) DE SEGUROS TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON MIS REGISTROS MEDICOS.

HE LEIDO LA POLIZA FINANCIERA Y LA COBERTURA DE SEGURO DESCRITA ANTERIORMENTE Y ENTIENDO Y ACEPTO TODAS LAS DISPOSICIONES.

Firmar (Paciente/Guardador): _____

Fecha: _____

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En Thomas Dermatology, nos comprometemos a tratar utilizar la información medica protegida sobre usted de manera responsable. Este aviso de prácticas de información de salud describe la información personal que recopilamos y como y cuando usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información de salud protegida. Este aviso es efectivo y se aplica a toda la información de salud protegida según lo definido por las regulaciones federales.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y desea obtener información adicional puede comunicarse con la Oficial de privacidad de la práctica, Mary Ann Lopez al 702-430-5333 Ext 121. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de la práctica o ante la Oficina de derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles.

La dirección es: Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Independence Ave S.W Room 509F, HHH building, Washington, D.C. 20201

Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

A pedido mío, se me presentará una copia del Aviso de políticas de privacidad de Thomas Dermatology, que detalla cómo se puede usar y divulgar mi información según lo permitido por la ley federal y estatal. Entiendo el contenido del Aviso y solicito las siguientes restricciones con respecto al uso de mi información médica personal:

He leído el Aviso de Practicas de Privacidad de HIPAA descrito anteriormente, y entiendo y estoy de acuerdo con todas sus disposiciones.

Firmar (Paciente/Guardador): _____ Fecha: _____

Permita el acceso a mi información de Salud Protegida (PHI) a mi:

Cónyuge / Hijo / Padres / Guardador / Otro:

Nombre: _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ Fecha: _____

Términos de Servicio y Autorizaciones del Paciente

Al firmar a continuación, usted reconoce que comprende y acepta nuestras políticas con respecto a registros médicos, comunicaciones, facturación y servicios de laboratorio, lo que garantiza claridad y transparencia durante toda su atención médica.

Escriba sus iniciales y firme:

_____ Autorizo a Thomas Dermatology a recibir, enviar por correo, enviar por fax y/o enviar por correo electrónico mis registros médicos a otro médico o centro médico durante el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

_____ Autorizo a Thomas Dermatology a acceder a mis registros e historial farmacéutico.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Thomas Dermatology sobre cualquier cambio en mi información, incluida la dirección postal, los números de teléfono, las pólizas de seguro o cualquier otra información necesaria para comunicarse conmigo, cobrar pagos o realizar mi tratamiento. Toda la información presentada hoy es precisa y actual.

_____ Autorizo a Thomas Dermatology a ponerse en contacto conmigo por cualquier método para el que proporcione información de contacto. Entiendo que si no quiero que Thomas Dermatology se comuniqué conmigo utilizando un método específico, no proporcionaré ese método aplicable.

_____ Autorizo a Thomas Dermatology a enviar cualquier muestra obtenida durante el curso de mi tratamiento a un laboratorio externo. Los servicios de estos laboratorios son independientes de los recibidos de Thomas Dermatology y serán facturados por separado por ese laboratorio. Thomas Dermatology hará todo lo posible para enviar la muestra a un laboratorio dentro de la red seguros, pero es mi responsabilidad informar a Thomas Dermatology de un laboratorio contratado por mi seguro.

_____ Entiendo que todos los copagos, deducibles y coseguros es colectado al momento del servicio.

_____ Entiendo que dependiendo de mi plan de seguro (coseguro, copago y deducible), puede haber costos adicionales más allá de lo que pagué al momento del check-in si se realizó un procedimiento hoy en la oficina. Si no estoy seguro de cuáles son mis costos de bolsillo, Thomas Dermatology me proporcionará los códigos CPT adecuados cuando los solicite y reprogramará mi procedimiento para otro día.

_____ Autorizo a Thomas Dermatology a actuar en mi nombre con mi plan de seguro médico, administrador de beneficios de farmacia o farmacia para solicitar autorizaciones previas, determinaciones de cobertura y presentar apelaciones junto con cualquier documentación de respaldo requerida relacionada con medicamentos recetados por mi proveedor, incluso en el caso de que la cobertura de un medicamento sea denegada, retrasada o restringida por mi plan de seguro.

_____ Entiendo que los nuevos pacientes menores de edad deben estar acompañados por uno de sus padres o su tutor legal en su cita inicial. Los tutores legales deberán proporcionar documentación que acredite la tutela legal. Después de la cita inicial, el padre, la madre o el tutor legal podrá completar un Formulario de Consentimiento para Menores, autorizando al menor a asistir a futuras citas solo o acompañado por un adulto autorizado.

Nombre del Paciente en letra de imprenta: _____ **FDN:** _____

Firmar (Paciente/Guardador): _____ **Fecha:** _____

Divulgación de registros medicos

POR FAVOR LLENE SÓLO EL ÁREA DESTACADA

Please initial and sign:

Yo, el abajo firmante, por la presente doy permiso al consultorio de mi médico identificado a continuación para proporcionar a Thomas Dermatology toda la información relacionada con mis registros médicos.

Yo, el abajo firmante, por la presente doy permiso a Thomas Dermatology para proporcionar al consultorio de mi médico identificado a continuación toda la información relacionada con mis registros médicos.

Nombre del médico: _____

Oficina: _____

Attn: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Registros solicitados: _____

Yo, el abajo firmante, solicito una copia de mi información médica protegida a Thomas Dermatology. Entiendo que de acuerdo con NRS 629.061, se proporcionará una copia de mis registros médicos dentro de los 30 días posteriores a la fecha o recepción de esta solicitud y que puede haber una tarifa de \$ 0.60 por página. También entiendo que es posible que deba pagar la tarifa en su totalidad antes de que se publique una copia de mis registros.

Por favor, dirija cualquier solicitud de registros médicos a:

Teléfono: 702.430.5333 x258

Fax: 702.430.5335

9097 W Post Rd, Ste 100

Las Vegas, NV 89148

Escriba el nombre del paciente: _____ FDN: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Opcional

Por favor circule cualquier área que le preocupe:

Líneas de la frente	Líneas de ceño	Líneas de expresión
Adelgazamiento del cabello	Manchas de sol	Textura de la piel
Mejillas hundidas	Arrugas	Labios finos
Piel flácida	Papada doble	Mandíbula débil
Cicatrización	Lóbulo de la oreja dañado	Párpados caídos

Otro: _____

Consulta Cosmética

¿Estaría interesado en uno o más de los siguientes tratamientos cosméticos? **Por favor circule.**

Inyectables

Dérmica Relleno, Botox, Dysport, Xeomin, Sclerotherapy, Radiesse, Sculptra, PRP, etc.

Servicios Láser

Estiramiento de la piel, Rejuvenecimiento de la piel, Contorno corporal, Depilación, Eliminación de tatuajes etc, etc.

Cirugía Cosmética

Blefaroplastia, Transferencia de grasa, Revisión de cicatriz, Levantamiento Facial, ceja, labial y cuello, Reparación del lóbulo de la oreja

Servicios de esteticista

Exfoliaciones químicas, VI Peel, Dermaplaning, Faciales, Microagujas, etc.

Productos para el cuidado de la piel

Productos cosméticos de grado médico para ayudarle en su rutina diaria de cuidado de la piel.

Escriba el nombre del paciente: _____ FDN: _____ Teléfono: _____