Thomas Dermatology
General, Surgical, Cosmetic

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: _____

Dirección Temporal (Una dirección temporal que solo es válida durante un período específico del año)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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/ano:_____
☐ COVID-19
☐ Asma
☐ Alergias estacionales
☐ Alergias a los alimentos
☐ Ansiedad/Depresión

☐ Hepatitis B
☐ Hepatitis C
☐ Tuberculosis
☐ VIH/SIDA
☐ Diabetes
☐ COPD

☐ Artritis
☐ Enfermedad de Tiroides
☐ Lupus
☐ Otra enfermedad autoinmune
Tipo:_____
☐ Alta presión
☐ Enfermedad de corazón
Tipo:_____

☐ Alzheimer's
☐ Parkinson's
☐ Esclerosis Múltiple
☐ ¿Estas embarazada?
☐ ¿Estas amamantando?
☐ Orto: _____

Historia de Cirugía

☐ Trasplanté de Órgano: Órgano: _____Ano:_____
☐ Reemplazo de articulación: articulación: _____ Ano: _____
☐ Válvula Cardíaca Artificial: Tipo: _____ Ano: _____
☐ Medila Ósea/trasplanté de células madre: Ano: _____

☐ Cirugía de Mohs o Cirugía de Cáncer de Piel
☐ Histerectomía
☐ Marcapasos/Desfibrilador
Otro: _____

Historia de la Piel

☐ Acné
☐ Queratosis Actínica
☐ Carinoma de Células Basales
☐ Al menos una quemadura solar con ampollas?
☐ A usado cama de bronceado?

☐ Piel Seca/Eczema
☐ Perdida de Cabello
☐ Melanoma
☐ ¿Protector Solar? S/N
☐ Trabaja: adentro / afuera

☐ Lunares anormales
☐ Soriasis
☐ Carcinoma de células escamosas
☐ Otro: _____

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 polízas 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.
- PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO VIGENTE Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA EN CADA VISITA. SI NO PODEMOS VERIFICAR SU COBERTURA O NO ACEPTAMOS SU PLAN, NUESTRO PERSONAL REVISARÁ CON USTED LAS OPCIONES DISPONIBLES ANTES DE PRESTAR LOS SERVICIOS. LAS OPCIONES DE PAGO PARTICULAR ESTÁN SUJETAS A LOS REQUISITOS APLICABLES DEL SEGURO Y DEL PROGRAMA.
- EL PAGO COMPLETO SE DEBE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO PARA LOS PACIENTES DE EFECTIVO, AL MENOS QUE SE HALLAN HECHO ARREGLOS ANTIERIORES.
- LOS PAGOS CO-SEGURO DEDUCIBLE SE DEBEN EN EL TIEMPO TO CHECK-OUT PARA LOS PACIENTES ASEGURADOS.
- ACEPATMOS 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 SU CUENTA SE REMITE A UNA AGENCIA DE COBRANZA, SE AÑADIRÁ UN CARGO DE COBRANZA EQUIVALENTE AL 5% DEL SALDO DE CAPITAL PENDIENTE.
- SU CITA PROGRAMADA TIENE UN PERIODO DE GRACIA DE 15 MINUTOS. MAS ALLA DE ESE TIEMPO, SE LE PUEDE REQUERIR UNA REPROGRAMACION.

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 REFERRENCIA MEDICA DE ATENCION PRIMARIA, ES SU RESPONSABILIDA OBTENER LA REFERRENCIA/NUMERO DE REFERENCIA, Y LLEVARLO CON USTED A SU VISITA. SI NO TIENE REFERENCIA/NUMERO DE REFERENCIA Y SU COMPANIA DE SEURO LO REQUIERE, ES POSIBLE QUE TENGAMOS 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 FINANCIALMENTE REPOSABLE DE QUAL QUIER 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 DEERMATOLOGY PARA PROPROCINAR 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 TENERACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En Thomas Dermatology, nos compretemos 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 polícisas con respecto a registros médicos, comunicaciones, facturación y servicios de laboratorio, lo que garantiza claridad y transparencia durante toda su atención medica.

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 comunique conmigo utilizando un método especifico, no proporcionare 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 fracturados 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 collectado al moment 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:

Lake Havasu City	Kingman	Bullhead City
1801 Mesquite Ave,	1815 N Stockton Hill Rd,	2350 Miracle Mile, 600A
Lake Havasu City, AZ 86403	Kingman, AZ 86401	Bullhead City, AZ 86442
Phone: 928-377-4540	Phone: 928-377-4540	Phone: 928-377-4540
Fax: 928-216-4165	Fax: 928-216-4165	Fax: 928-216-4165

Escriba el nombre del paciente:_____FDN: _____

Firma del paciente:_____ Fecha: _____