



Registro de Pacientes

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido:

Nombre:

MI:

Fecha de Nacimiento:

Seguridad Social:

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

¿Está siendo referido por su médico de atención primaria?

¿Quién es su médico de atención primaria?

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono Residencial:

Teléfono Celular:

Dirección de correo electrónico:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Contact's first name

Apellido de contacto:

Relación con el paciente:

Teléfono de contacto:

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de la farmacia:

Ubicación de la farmacia:

Al firmar a continuación, doy fe de que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa

Firma del asegurado, tutor o poder notarial:

Firma:

Fecha:



Formulario de Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para todos los servicios de atención médica solicitados/proporcionados por Dr Elbert Marion Belk, y los proveedores de The Skin Clinics of Texas en todas sus ubicaciones. Los servicios de atención médica pueden incluir, entre otros: atención física; pruebas y procedimientos de diagnóstico y monitoreo; exámenes médicos; procedimientos y pruebas de laboratorio de rutina; radiografías y otros estudios de imágenes; administración de medicamentos; y procedimientos y tratamientos prescritos por los proveedores de atención médica de The Skin Clinics of Texas.

Mi firma en este formulario indica que: certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior, y que los datos indicados arriba son verdaderos y correctos.

Entiendo que se me puede pedir que firme un formulario de consentimiento informado adicional para ciertos tratamientos que requieran procedimientos adicionales distintos de los procedimientos rutinarios de oficina mencionados aquí.

Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para recibir tratamiento en Dr Elbert Marion Belk, y The Skin Clinics of Texas. Esto también otorga el consentimiento para facturar a las compañías de seguros y cobrar cualquier pago.

Firma:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha de nacimiento:

Fecha de hoy:



Información Sobre El Seguro

Compañía de seguro:

¿Tiene un seguro secundario?

En caso afirmativo, ¿cuál es su seguro secundario?

¿Está bajo el seguro de alguien?

En caso afirmativo, necesitaremos información adicional.

Nombre del asegurado:

Relación con el paciente:

Fecha de nacimiento del Asegurado:

TENGA EN CUENTA:

Que usted es responsable de cualquier cargo que no esté cubierto o reembolsado por su seguro.

Para garantizar una facturación precisa, le pedimos que traiga una tarjeta de seguro válida y una identificación con foto en cada visita.

Al firmar a continuación, confirmo que la información que he proporcionado es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma de la Asegurada / Dependiente:

Fecha de hoy:



Consentimiento para Procedimientos Clínicos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente doy mi consentimiento para la atención y tratamiento médico y quirúrgico, según lo considere necesario o aconsejable el juicio de mi médico u otro proveedor. Esto puede incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio (incluyendo pruebas diagnósticas como análisis de laboratorio y biopsias de piel), tratamiento o procedimiento médico y quirúrgico (incluyendo tratamientos para verrugas, extirpaciones quirúrgicas o resecciones), peelings químicos, bótox, rellenos u otros servicios prestados durante mi visita a The Skin Clinics of Texas.

Para asegurarme de que comprenda todos los aspectos de mi visita, se me anima a hacer cualquier pregunta o aclarar cualquier procedimiento antes de que se realice. Nuestros proveedores de dermatología responderán a todas mis preguntas y discutirán cualquier procedimiento, inquietud y objetivos conmigo respecto a lo siguiente:

- ★ **Beneficios del procedimiento propuesto.**
- ★ **Consecuencias probables de no recibir el tratamiento.**
- ★ **El derecho a retirar el consentimiento informado en cualquier momento, por escrito.**
- ★ **Riesgos y efectos secundarios relacionados con el procedimiento.**
- ★ **Posible generación de cargos adicionales.**
- ★ **Opciones de tratamiento alternativas.**
- ★ **La manera en que se llevará a cabo el tratamiento o procedimiento.**

En caso de que se realice una biopsia, u otro procedimiento en el que se retire una sección de piel, la muestra será enviada a un laboratorio de patología para un diagnóstico preciso, salvo que su clínico recomiende lo contrario. Este proceso puede involucrar pruebas necesarias, incluidas tinciones especiales o consultas externas, lo que generará cargos adicionales. _____ :Iniciales

Reconozco que algunos diagnósticos médicos (como las verrugas) requerirán múltiples tratamientos con uno o más métodos que pueden variar a lo largo del curso del tratamiento, y cada visita y procedimiento será facturado en consecuencia. _____ :Iniciales

Con cualquier procedimiento existen riesgos involucrados que incluyen, entre otros, los siguientes:

- ★ **Cicatriz:** Es posible que se produzcan cicatrices con cualquier procedimiento en la piel. Haremos todo lo posible para brindarle el mejor resultado cosmético, pero el resultado final no está garantizado.
- ★ **Infección:** El procedimiento se realizará en condiciones estériles y/o limpias. Aun así, un pequeño número de personas puede desarrollar una infección en la herida.
- ★ **Sangrado:** Algunos procedimientos pueden generar sangrado. Rara vez se produce sangrado significativo después de salir, que requiera regresar para recibir tratamiento.
- ★ **Daño nervioso:** Esto será discutido detalladamente por su médico si existe la posibilidad durante su procedimiento.

Autorizo que se tomen fotografías antes, durante y después del procedimiento. Estas fotografías formarán parte de mi expediente médico. También pueden ser enviadas a mi médico de cabecera y/o médico remitente. No serán utilizadas para ningún otro propósito sin el consentimiento adecuado.

Si surgiera una complicación después del procedimiento, podría haber un cargo por el manejo médico, el cual será presentado a mi compañía de seguros. Reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y acepto que no se me han dado garantías ni seguridades con respecto a los resultados de dichos procedimientos.

Dado que cada compañía de seguros tiene sus propias políticas en relación con la cobertura de los procedimientos, también reconozco que soy responsable del pago total de los cargos incurridos por los procedimientos, independientemente de la cobertura proporcionada por mi aseguradora. Si me preocupa el costo asociado con el tratamiento, es mi responsabilidad solicitar una estimación del procedimiento antes de comenzar el tratamiento. _____ (Iniciales)

He leído el formulario de consentimiento en su totalidad. Entiendo los riesgos asociados con los procedimientos que pueden ocurrir durante mis visitas a The Skin Clinics of Texas. No impongo ninguna limitación a The Skin Clinics of Texas ni a su personal. Entiendo que debo discutir cualquier pregunta o inquietud con el Dr. Belk antes de cualquier procedimiento y, por lo tanto, con mi firma, acepto que se realicen los procedimientos necesarios.

Firma del paciente:

Fecha:

El abajo firmante otorga el consentimiento en calidad de padre/madre o tutor del paciente menor referido anteriormente.

Firma del padre/madre o tutor (si aplica):

Fecha/Relación con el paciente:



Política de Citas y Cancelaciones

Agendamos nuestras citas de manera que cada paciente reciba el tiempo adecuado con nuestro personal, enfermera(o) practicante y médico. Por esta razón, es muy importante que mantenga su cita.

Si su agenda cambia y no puede asistir a su cita, por favor contáctenos lo antes posible para que podamos reprogramar y acomodar a los pacientes que están esperando una cita. Como cortesía para nuestra oficina y para aquellos pacientes que están esperando una cita, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de antelación.

Si está retrasado pero aún planea asistir a su cita programada, por favor comuníquese con nosotros tan pronto como sea posible para que podamos hacer las adecuadas acomodaciones. Para asegurarnos de seguir atendiendo a todos nuestros pacientes de manera eficiente, solicitamos amablemente un aviso de al menos 15 minutos si anticipa que llegará tarde. Tenga en cuenta que cualquier paciente que llegue más de 15 minutos después de la hora programada será considerado "tarde", y podríamos necesitar reprogramar su cita para evitar retrasos en el horario de otros pacientes.

Si no cancela o reprograma su cita con al menos 24 horas de antelación, nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \ \$25.00 por citas "tardías" o una tarifa de \ \$50.00 por citas "no presentadas" a su cuenta. Este cargo por servicio no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le enviará una factura directamente, y el pago debe realizarse con el Director Financiero.

Yo, _____, entiendo la política de "Tardanza/No-Show" de The Skin Clinics of Texas y se me ha brindado la oportunidad de aclarar cualquier pregunta que pueda tener respecto a la política. Entiendo que debo cancelar o reprogramar la cita al menos 24 horas antes para evitar un posible cargo por "Tardanza/No-Show" en mi cuenta.

Firma:

Fecha:



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE USO DE FOTOS Y VIDEOS

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Yo, _____, por la presente autorizo a The Skin Clinics of Texas, a sus representantes, empleados, agentes y cesionarios, el derecho de tomar, usar, reproducir y publicar fotografías y/o grabaciones de video de mí, incluidas mi imagen, semejanza y/o voz, para los siguientes usos: materiales educativos o de capacitación, contenido promocional incluyendo redes sociales, sitios web, folletos y anuncios, presentaciones profesionales, seminarios o eventos, así como documentación y uso interno de la clínica.

ENTIENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

1. Sin compensación: No recibiré ninguna compensación económica ni ninguna otra forma de pago por el uso de mi imagen, voz o semejanza por parte de The Skin Clinics of Texas, ni ahora ni en el futuro.

2. Participación voluntaria: Mi participación en fotos o grabaciones de video es completamente voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la clínica. Sin embargo, esto no se aplicará al material ya publicado o distribuido.

3. Liberación de responsabilidad: Por la presente libero y eximo de toda responsabilidad a The Skin Clinics of Texas, a sus empleados, contratistas y afiliados de cualquier reclamación, demanda o causa de acción que surja de o esté relacionada con el uso de estas imágenes o grabaciones.

4. Propiedad y Derechos de Autor: Todas las fotografías, grabaciones de video y medios creados por o para The Skin Clinics of Texas serán propiedad exclusiva de la clínica, y ésta tendrá plenos derechos para usar o no usar el contenido según lo considere conveniente.

Firma:

Fecha:

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS:

Nombre del Padre/Madre o Tutor:

Firma:

Relación con el Menor:

Fecha:



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE RADIACIÓN SUPERFICIAL

Nombre completo: _____ Diagnóstico: _____

Área de tratamiento: _____

Por la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento al Dr. Elbert Marion Belk, MD, y/o a sus asociados o asistentes, para realizar Radiación Superficial y/o tratamiento(s) o procedimiento(s) técnicos que se consideren necesarios o aconsejables en el diagnóstico o tratamiento de mi caso, incluyendo, pero no limitado a, patología, radiología y servicios de laboratorio.

_____ Patient Initials

1. Beneficios del Tratamiento: Entiendo que la Terapia de Radiación Superficial (SRT) es una opción de tratamiento no invasivo para cánceres de piel no melanoma (por ejemplo, carcinoma basocelular o carcinoma escamoso), lesiones precancerosas y otras condiciones de la piel aprobadas. El objetivo de esta terapia es destruir las células cancerígenas preservando el tejido sano circundante, lo que a menudo resulta en mejores resultados cosméticos y evita la cirugía.

_____ Patient Initials

2. Descripción del Procedimiento: La SRT utiliza radiación de baja energía que penetra solo en las capas superiores de la piel. Los tratamientos se administran generalmente dos veces por semana durante un período de 6 a 8 semanas, con un total aproximado de 12 a 15 sesiones. Cada sesión suele durar unos minutos y es realizada en nuestro consultorio por profesionales licenciados y capacitados.

_____ Patient Initials

3. Opciones de Tratamiento Alternativas: He sido informado de tratamientos alternativos, incluyendo escisión quirúrgica, cirugía de Mohs, electrodesecación y curetaje (ED&C), crioterapia y tratamientos tópicos, y entiendo los riesgos y beneficios asociados con cada uno.

_____ Patient Initials

4. Efectos Secundarios Tempranos y Tardíos: Entiendo que los efectos secundarios tempranos de la radiación incluyen irritación, enrojecimiento y ulceración de la piel, así como posible infección cutánea. Entiendo que los efectos tardíos pueden incluir atrofia de la piel (adelgazamiento), telangiectasias (vasos sanguíneos pequeños visibles), aumento de la pigmentación (oscurecimiento), pérdida de cabello en el área tratada, úlcera no cicatrizante (rara) y/o un tipo diferente de cáncer de piel en el área tratada (muy raro).

_____ Patient Initials

5. No Garantía de Curación: I acknowledge that no guarantee or assurance has been given by anyone as to the results that may be obtained, that there is no 100% cure rate for skin cancers, and that the practice of medicine and surgery is not an exact science for which assurances regarding cure rate can be made.

_____ Patient Initials

6. Derecho a Retirar el Consentimiento: Entiendo que tengo el derecho de rechazar o retirar mi consentimiento en cualquier momento antes o durante el tratamiento sin penalización ni pérdida de atención futura.

_____ Patient Initials

7. Consentimiento Fotográfico: Consiento en que se tomen fotografías del tratamiento, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos.

_____ Patient Initials

8. Responsabilidad de Seguimiento: Entiendo que es mi responsabilidad someterme a controles regulares y periódicos (al menos anuales) para detectar cánceres de piel recurrentes o nuevos, y acepto seguir las instrucciones relacionadas con el/los sitio(s) de tratamiento.

_____ Patient Initials

9. Contacto de Emergencia / Cuidados Posteriores: He recibido instrucciones para el cuidado posterior al tratamiento y entiendo a quién debo contactar si experimento efectos secundarios inesperados o tengo preguntas.

_____ Patient Initials

10. Servicios de Idiomas: Si necesito asistencia en otro idioma, se me han ofrecido servicios de traducción o interpretación para garantizar la plena comprensión de este formulario de consentimiento.

_____ Patient Initials

11. Cobertura de Seguro: Entiendo que The Skin Clinics of Texas tiene convenios con muchas aseguradoras y que mi plan de seguro puede cubrir parte o la totalidad del tratamiento. Acepto la responsabilidad de cualquier parte no cubierta por mi seguro.

_____ Patient Initials

12. Confirmación de Explicación de Riesgos: Se me han explicado los posibles riesgos y complicaciones de la Radiación Superficial y los posibles riesgos y complicaciones de no someterse o retrasar el tratamiento, y cualquier pregunta que haya tenido ha sido respondida satisfactoriamente.

Certifico que he leído y entiendo completamente la información anterior. Mi proveedor ha respondido todas mis preguntas sobre este tratamiento. Doy mi consentimiento voluntario para someterme a Terapia de Radiación Superficial (SRT).

Nombre impreso del Paciente/Autorizado:

Representante:

Firma:

Fecha: