Formulario de Registro del Paciente

INFORMACIÖN DEMOGRAFICA

Nombre:

Apellido:

Inicial 2.0 nombre:

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguro Social:

Dirección:

Direcciön 2:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

¿Fue enviado por su médico de atención primaria?

En caso afirmativo, ¿quién es su médico primario?

INFORMACIÖN DE CONTACTO

Teléfono de Casa:

Teléfono Celular:

Correo Electrönico:

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto:

Apellido del Contacto:

Teléfono del Contacto:

Relaciön con el Paciente:

¿Cómo se enteró de nosotros?

- ☐ Búsqueda en Google
- ☐ Redes sociales
- ☐ Recomendación de un amigo o familiar
- ☐ Me recomendó otro médico
- ☐ Otro: _____

Los estados de cuenta se enviarán por mensaje de texto, a menos que se solicite una copia impresa:

- ☐ Envíenme mis estados de cuenta por correo postal.

INFORMACIÖN DE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia:

Dirección de la Farmacia:

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta.

Firma del asegurado, tutor legal o apoderado:

Firma:

Fecha de Hoy:

The Skin Clinics
OF TEXAS

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:
_____	_____

AVISO DE NEGACIÓN DE COBERTURA DEL SEGURO Y RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

The Skin Clinics of Texas se compromete a brindar atención dermatológica de alta calidad. Sin embargo, la cobertura del seguro es determinada únicamente por la compañía aseguradora, no por The Skin Clinics of Texas.

Su seguro puede:

- Negar la cobertura de ciertos servicios o procedimientos
- *Aplicar deducibles, copagos o coseguro*
- Determinar que un servicio no es médicamente necesario
- Requerir autorización previa o referencias

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

Al firmar este documento, reconozco y entiendo lo siguiente:

1. Facturación al Seguro
The Skin Clinics of Texas enviará los reclamos a mi seguro como una cortesía cuando corresponda. El envío de una reclamación no garantiza el pago por parte del seguro.

2. Servicios No Cubiertos o Denegados
Si mi aseguradora niega el pago total o parcial por cualquier motivo, incluidos, entre otros, la falta de necesidad médica, exclusiones, limitaciones de beneficios o falta de autorización, soy responsable del saldo pendiente.

3. Responsabilidad del Paciente
Acepto pagar todos los cargos no cubiertos por mi seguro, incluidos:

- Deducibles
- Copagos
- Coseguro
- Servicios no cubiertos
- *Servicios considerados cosméticos o electivos por mi aseguradora*

4. Cotización vs. Cargos Finales
Cualquier estimación de costos proporcionada no garantiza el pago del seguro. La responsabilidad final del paciente se determina después del procesamiento del seguro.

5. Obligación de Pago y Política de la Clínica
Entiendo que el pago puede ser requerido al momento del servicio y que cualquier saldo pendiente vence al recibir un estado de cuenta. Entiendo que no mantener mi cuenta al día, incluyendo no realizar los pagos requeridos o no cumplir con acuerdos de pago, resultará en la terminación de servicios en The Skin Clinics of Texas, de acuerdo con la política de la clínica y la ley aplicable.

AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Yo, _____, he leído y entiendo este aviso. Acepto plena responsabilidad financiera por todos los cargos no cubiertos por mi seguro.

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma del Paciente / Parte Responsable: _____

Fecha: _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Iniciales del Personal: _____

Fecha de Revisión: _____

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Developed for Texas Health & Safety Code § 181.154(d)
effective June 2013

Please read this entire form before signing and complete all the sections that apply to your decisions relating to the disclosure of protected health information. Covered entities as that term is defined by HIPAA and Texas Health & Safety Code § 181.001 must obtain a signed authorization from the individual or the individual's legally authorized representative to electronically disclose that individual's protected health information. Authorization is not required for disclosures related to treatment, payment, health care operations, performing certain insurance functions, or as may be otherwise authorized by law. **Covered entities may use this form or any other form that complies with HIPAA, the Texas Medical Privacy Act, and other applicable laws.** Individuals cannot be denied treatment based on a failure to sign this authorization form, and a refusal to sign this form will not affect the payment, enrollment, or eligibility for benefits.

NAME OF PATIENT OR INDIVIDUAL

_____
Last First Middle

OTHER NAME(S) USED _____

DATE OF BIRTH Month _____ Day _____ Year _____

ADDRESS _____

_____

CITY _____ **STATE** _____ **ZIP** _____

PHONE (____)_____ **ALT. PHONE** (____)_____

EMAIL ADDRESS (Optional): _____

I AUTHORIZE THE FOLLOWING TO DISCLOSE THE INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Person/Organization Name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone (____)_____ Fax (____)_____

WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION?

Person/Organization Name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone (____)_____ Fax (____)_____

REASON FOR DISCLOSURE
(Choose only one option below)

- ☐ Treatment/Continuing Medical Care
- ☐ Personal Use
- ☐ Billing or Claims
- ☐ Insurance
- ☐ Legal Purposes
- ☐ *Disability Determination*
- ☐ School
- ☐ Employment
- ☐ Other _____

WHAT INFORMATION CAN BE DISCLOSED? Complete the following by indicating those items that you want disclosed. The signature of a minor patient is required for the release of some of these items. If all health information is to be released, then check only the first box.

- ☐ **All health information**
- ☐ Physician's Orders
- ☐ Progress Notes
- ☐ Pathology Reports
- ☐ History/Physical Exam
- ☐ Patient Allergies
- ☐ Discharge Summary
- ☐ Billing Information
- ☐ Past/Present Medications
- ☐ Operation Reports
- ☐ Diagnostic Test Reports
- ☐ Radiology Reports & Images
- ☐ Lab Results
- ☐ Consultation Reports
- ☐ EKG/Cardiology Reports
- ☐ Other_____

Your initials are required to release the following information:

_____Mental Health Records (excluding psychotherapy notes)
_____Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records
_____Genetic Information (including Genetic Test Results)
_____ HIV/AIDS Test Results/Treatment

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional): Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under "WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION." I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

SIGNATURE X_____ _____
Signature of Individual or Individual's Legally Authorized Representative **DATE**

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable): _____
If representative, specify relationship to the individual: ☐ Parent of minor ☐ Guardian ☐ Other _____

A minor individual's signature is required for the release of certain types of information, including for example, the release of information related to certain types of reproductive care, sexually transmitted diseases, and drug, alcohol or substance abuse, and mental health treatment (See, e.g., Tex. Fam. Code § 32.003).

SIGNATURE X_____ _____
Signature of Minor Individual **DATE**