

Nelson Dermatology , PLLC

Seccion 1: Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Num. de Seguro Social: _____

Estado y codigo: _____ Sexo: Masculino Femenina Edad: _____

Correo Electrónico: _____ Num. de celular: _____

Telefono de la Casa: _____ Teléfono de su trabajo: _____

Escojo Clinica porque: Plan de Seguro Hospital Familia Amigo Otro _____

Estado Civil: Casado Soltero Nombre de Su Pareja: _____

Seccion 2: La persona responsable de la Cuenta Paciente (Si es usted siga en la seccion 3)

Nombre: _____ Num. Telefono de la Casa _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Teléfono de su trabajo _____

Num. de Seguro Social: _____ Num. De Celular _____

Seccion 3: Información De Su SeguroMedico

Seguro Primario

Seguro Secundario

Nombre del Seguro: _____

Nombre del Seguro: _____

Num. del Grupo: _____

Num. del Grupo: _____

Primer día del Seguro _____

Primer día del Seguro _____

Num. de Póliza: _____

Num. de Póliza: _____

El Paciente es el asegurado (siga a la Seccion 3-A)

Información : La persona responsable de Seguro Primario

Seguro Secundario

Num. de Seguro Social _____

Num. de Seguro Social _____

Nombre del Asegurado _____

Num. Social del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____

Nombre de su Trabajo _____

Nombre de su Trabajo _____

Seccion 3-A: Autorización de Beneficios

Yo Solicito que los pagos sean hechos en mi beneficio, a Nelson Dermatology, PLLC para cualquier servicio médico y también autorizo la liberación de información médica a estos servicios cuando sea necesario por mi portador de seguro, inclusive y/o asegurador que indicé arriba, para determinar elegibilidad de la Transportabilidad de beneficios de acuerdo con Seguro de enfermedad y Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

Firma

Fecha

Seccion 4: Autorización Personal del Paciente

YO AUTORIZO a las personas elegidas que reciban información medica. Dejar mensajes en mi correo de voz.

Nombre: _____ Relacion _____ Nombre: _____ Relacion: _____

Póliza de Pagos

Es Nuestra meta para ofrecerle la mejor atención dermatológica no sea posible. Parte de su atención incluye la facturación de su seguro siempre y cuando haya recibido la información correcta y completa de su parte. Si la información completa no se proporciona en el momento de sus visitas, se le cobrara. Por favor, lea lo siguiente información ya que muchas de su preguntas con respecto a las políticas de facturación.

Todos los Pacientes: Se espera que tengan su tarjeta de seguro, identificación valida con fotografía, Co- pago, Co-seguro y ycalquier balance que se hace en el momento del servicio.

Planes de HMO/ Atencion de Medica Administrada/ Tricare: Es su responsabilidad para asegurarse de que una derivación de corriente se ha obtenido antes de la cita con nuestra oficina. Si no se ha obtenido de que referencia, la cita será reprogramada. Es responsabilidad del paciente para asegurarse de que la referencia esta en el lugar correcto si usted tiene pruebas realizadas. Si usted desea continuar con su visita sin la propia autorización, entonces será responsable por los cargos de la oficina sin seguro.

Co-Pagos: El seguro de primaria y secundaria co-pagos debe ser pagado en el momento del check-in. Paciente se le pide volver a programar si no tiene su co-pago. Si el co – pago no se en el momento de la visita, habrá un tarifa de \$25.00 dolares de facturación agregada.

Colecciones: Los Pacientes que tienen un saldo sin resolver será enviado a las coleccciones, los pacientes luego se acumulan y la cuota de colecciones adicionales. Los Pacientes que se espera que resuelvan todos los saldos y/o problemas de colección antes de la creation de su próxima cita. Nelson Dermatology, PLLC no permite a los pacientes a realizar balances. Si lo saldos de los pacientes no se tratan, los pacientes corren el riesgo de ser dados de alta de la practica.

No Arribo: Falta de cancelation de una cita a las 24 horas dara lugar a una cuota de \$50.00 si no presenta. *Por favor, recorde una llamade de confirmation es un acto de cortesía realizada por esta oficina y no una obligation , por lo tanto no será una razón para renunciar a un cargo no se presenta.*

Deducibles anuales debe ser pagado el dia de su cita y se le aplicarán a su calendario anual hasta que haya sido satisfecho.

Crédito: Si usted tiene un crédito pendiente con la clínica usted tiene que pedir su reembolso en forma escrita dentro de 30 días de recibir su carta de correspondencia de su seguro. Mande su carta a Nelson Dermatology, PLLC atención cuentas con toda su información y la dirección donde podemos mandar su crédito.

He leído entendido y aceptado la politica financier arriba. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compania de seguros , asi como los co-pagos , co-seguros y deducibles son mi responsabilidad. Entiendo que es mi responsabilidad ponerse en contacto con mi compania de seguros (s) si no responden a las solicitudes de pago en mi nombre.

Con su firman abajo, usted reconoce y acepta las polizas.

FIRMA

FECHA

Fecha: ___/___/___

Nombre del Paciente: _____

Teléfono: _____

1. ¿Quién es su médico primario del cuidado? _____

2. ¿Cuál es la razón de su visita? _____

¿Cuándo empezó el problema? _____

¿Esta cambiando? (*Por favor circulo*) **Mejor / Peor / Igual**

¿Esta asociado con alguna de las siguientes? **Sangrando / Picando / Dolor**

¿Ha sido usted evaluado por otro médico para este problema? **SI / NO**

¿Ha utilizado algún tratamiento hasta ahora y la respuesta? _____

3. Para pacientes femeninos con acné:

¿Sus ciclos menstruales son regulares? **SI / NO**

¿El acné empeora con la menstruación? **SI / NO**

4. Con respecto a lunares o crecimientos, Ha habido algún cambio en los siguientes?

Color / Tamaño / Forma / Textura

5. Por favor escriba cualquier píldora/medicamentos que este tomando (*Incluya los Medicamentos sin receta, vitaminas, píldoras anticonceptivas, suplementos de hierba como el ginseng, ginko biloba, y Echinacea st john's wort.*)

6. ¿Tiene alguna alergia a medicinas u otras sustancias?

7. Por favor escriba cualquier procedimiento quirúrgico o cirugía estética.

8. Tiene alguna historia de lo siguiente:

SI	NO		SI	NO	
___	___	Herpes labial / ampollas de fiebre	___	___	Artritis
___	___	Presión arterial alta	___	___	Reemplazo de articulaciones
___	___	Glaucoma o cataratas	___	___	Epilepsia
___	___	Soplo cardiaco	___	___	Condición psiquiátrica
___	___	Dolor de pecho (angina)	___	___	Diabetes
___	___	Enfermedad pulmonar	___	___	hemorragia prolongada
___	___	Úlcera péptica	___	___	Otro cáncer
___	___	Enfermedad del hígado (hepatitis)	___	___	Hospitalización
___	___	Enfermedad Renal	___	___	Marcapasos
___	___	Problemas musculares	___	___	Aumento / pérdida (de peso de mas de

10 libras en el último año)

___ Toma antibióticos (**antes de procedimientos quirúrgicos o dentales**)

9. Tiene condiciones médicas diferentes a los mencionados anteriormente?

10. ¿Tiene un historial de cáncer de piel? **SI / NO**

¿Qué tipo? **BCC / SCC / Melanoma / Otros:** _____

11. ¿Alguien en su familia ha tenido cáncer de piel? **SI / NO**

¿Qué tipo? **BCC / SCC / Melanoma / Otros:** _____

12. ¿Hay antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes?

(**Marque todo lo que Corresponda**) Vitíligo / Lupus / Soriasis / Eccema

13. ¿Está embarazada o lactando? **SI / NO**

14. ¿Fuma cigarrillos? **SI / NO** ¿Cuántos paquetes por día? _____

15. ¿Bebe alcohol? **SI / NO** ¿Cuántas bebidas por día? _____

16. ¿Tienes alguna mascota? **SI / NO** ¿Qué tipo? _____

17. ¿Cuál es su ocupación? _____

Nelson Dermatology , PLLC

HIPPA Autorización:

Yo, el abajo firmante, autorizo PLLC Nelson Dermatología para hablar con la persona (s) y / o proveedor (s) se enumeran a continuación con respecto a mi atención médica. Entiendo que con mi firma yo autorizo la liberación de la comunicación oral o escrita por Nelson Dermatology PLLC a la persona mencionada (s) / proveedor (s) y con ello liberar PLLC Nelson Dermatología y su personal de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la actuar autoriza:

Persona Autorizada Relación con el número de teléfono del paciente
Contacto de Emergencia

Proveedores (Otros médicos):

Nombre Número de teléfono

Nombre Número de teléfono

Firma del paciente / tutor

Autorizo PLLC Nelson Dermatología para dejar un mensaje de voz al número de teléfono siguiente (s):

1) _____ 2) _____

Los mensajes pueden a veces incluir alguna información de salud protegida, incluyendo recordatorios de citas, resultados de pruebas, instrucciones y cualquier preocupación de facturación. Entiendo que con mi firma yo autorizo la liberación de la comunicación oral por PLLC Nelson Dermatología a este número de correo de voz (s) y con ello liberar PLLC Nelson Dermatología y su personal de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la ley autoriza.

Firma del paciente / tutor

Cuestionario de cosmética

**Por favor marque cualquiera de los siguientes que usted puede estar interesado en
Nuestro personal estará más que encantado de darle información sobre estos servicios**

- Botox
- Peeling Químico
- Skin Care Medical Grade Line (se venden en la oficina)
- Laser Services (Depilación, Estiramiento de la piel)
- Terapia de Masaje
- Escleroterapia (para las arañas vasculares)
- Juvederm (Tratamiento de relleno)
- Nutrición Entrenador de Salud

Tenemos ofertas de muchos de los servicios que ofrecemos por favor pregunte!!!!