



INFINITY DERMATOLOGY NYC

FOREST HILLS | JAMAICA | WOODSIDE | MANHATTAN | BROOKLYN | RIVERDALE
WEBSITE: WWW.INFINITYDERMATOLOGY.COM

FORMA DE ADMISION DEL PACIENTE *por favor imprimir*

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Sexo: M F
Dirección: _____ Apto: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____ Número de Seguro Social _____
Primaria nombre médico de atención y número de teléfono: _____

Nombre de la farmacia y el número de teléfono _____

Referido por y número de teléfono: _____

ASEGURADO / PERSONA RESPONSABLE DE SEGUROS

compañía aseguradora _____
Número de identificación de Seguros _____
Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento __/__/__ Número de Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Alergias a los medicamentos: _____
Tipo de reacción: _____
Problemas médicos: _____

Medicamentos: _____

Por favor anote cuales usted tenía: _____

¿Ha tenido cáncer de piel en el pasado? SÍ NO En caso afirmativo, detalle (tipo, diagnóstico y método de tratamiento el año _____

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? SÍ NO ¿quien? _____

¿Es usted usa protector solar regularmente? SÍ NO ¿Tuvo quemaduras de sol como un niño? SÍ NO

¿Fuma? SÍ NO

¿Bebe alcohol con regularidad? SÍ ¿Ocupación? _____

¿Cuál es la razón por la que nos está viendo? _____ ¿Cuánto tiempo ha estado presente? _____

¿Cuáles son los síntomas? _____

¿Se ha biopsia? SÍ NO Resultado de la biopsia _____

En los últimos 3 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes? (por favor marque todas las que apliquen)

Náuseas / vómitos / Fiebre / escalofríos / Dolores de cabeza / Falta de aire / cambios en la visión / Pérdida de peso involuntaria / bultos o protuberancias / dolor abdominal / Dolor en las articulaciones

¿Cuándo fue su último chequeo total de la piel del cuerpo? _____

Firma del paciente _____

Fecha de hoy: _____



INFINITY DERMATOLOGY NYC

FOREST HILLS | JAMAICA | WOODSIDE | MANHATTAN | BROOKLYN | RIVERDALE
WEBSITE: WWW.INFINITYDERMATOLOGY.COM

Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad de Consentimiento del Paciente

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida acerca de usted. El Aviso contiene una sección sobre Derechos del paciente describiendo sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestra Notificación, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de pedir que limitemos la información de salud protegida sobre usted cómo es usada o divulgada para tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a acceder a esta restricción, pero si lo hacemos, vamos a honrar ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de la información médica protegida acerca de usted para tratamiento, pago y atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, firmada por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará a ninguna revelación que ya hayamos hecho en dependencia de su consentimiento previo. La práctica ofrece este formulario para cumplir con la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- Información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para el tratamiento, pago o atención médica
- La práctica tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso
- La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad
- El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información, pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y en todas las revelaciones futuras cesará
- La práctica podrá condicionar la recepción de tratamiento sobre la ejecución de este Consentimiento
- **El paciente es consciente de que un asistente médico {residente} puede administrar el tratamiento en caso de que un médico no está disponible .**

Prácticas de Privacidad Actualizada

1. Los pacientes pueden obtener copias de su información de salud en un formato electrónico dentro de los 30 días de la requieran, con una extensión de 30 días permitido.
2. Un paciente puede instruir a su médico de no compartir información sobre una prueba o tratamiento para que el paciente ha pagado de su bolsillo con su compañía de seguros.

Firma del paciente _____ Fecha de hoy: _____

Garantía de Pago

Muchas compañías de seguros, incluidas las organizaciones de cuidado administrado, requieren autorización previa y por escrito para el tratamiento y el seguimiento de las visitas. Es su responsabilidad como paciente de obtener todas las autorizaciones necesarias de su compañía de seguros antes de recibir servicios médicos. Si usted no ha recibido la aprobación previa por el servicio o la autorización ha sido denegada, usted es completamente responsable de todos los cargos. Además, usted será responsable de todos los deducibles, co-seguro, co-pagos, cualquier servicio que no está cubierto por su plan de seguro, y cualquier servicio que su compañía de seguros ha determinado que no es "médicamente necesario". Al firmar este documento, reconozco que he leído y entendido esta información. Entiendo que mi compañía de seguros puede negar cobertura y solicitar que Forest Hills Dermatología Grupo realice este servicio médico de todos modos. Estoy de acuerdo en ser personalmente la responsabilidad total por todos los cargos. Entiendo que el proveedor arriba mencionado se basa en esta promesa y encuentra prestando servicios sin exigir el pago en el momento de servicio en base a dicha dependencia. **Todas las visitas son facturadas bajo el doctor principal. Todos los co pago se deben en su totalidad en el momento de la visita con un médico o un asistente médico .**

Firma del paciente _____ Fecha de hoy: _____