

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

(Por favor, imprima) La fecha de hoy _____

Nombre (apellido,nombre,MI) _____ fecha de nacimiento _____

Dirección _____
Ciudad Estado Cremallera Correo electrónico

Números de teléfono (incluido el código de área) _____

SS# _____ Edad _____ Sexo: M F Estado Marcial _____ Ocupación _____
Obligatorio Trabajo Celular en el Hogar

Contacto de emergencia: nombre _____ relación _____ teléfono _____

ASEGURADO O PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (si es diferente del paciente)

Nombre (apellido,nombre,MI) _____

fecha de nacimiento _____ sexo _____

Dirección _____
Ciudad Estado Cremallera

SS# _____ números de teléfono (incluido el código de área) _____

Trabajo en casa requerido

INFORMACIÓN DEL SEGURO (DEBE presentar la tarjeta del seguro en el momento del check-in)

Medicare () Sí () No Número: _____

HMO (Organización de Gestión Hipotecaria) () Sí () No

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Ins. Nombre de la empresa _____

Ins. Nombre de la empresa _____

Declaración de Derechos del Paciente: El paciente tiene derecho a elegir su propio médico. El paciente tiene derecho a elegir su propio centro médico u hospital. El paciente tiene derecho a la privacidad, confidencialidad de los registros médicos y confidencialidad de cualquier conversación que pueda tener con cualquier empleado. El paciente tiene derecho a estar libre de abusos y situaciones dañinas. Es el derecho del paciente estar de acuerdo o en desacuerdo con el tipo de tratamiento y/o medicación que se sugiere. Es responsabilidad del paciente hacer preguntas sobre las recomendaciones y, si está de acuerdo con el tratamiento, seguirlo. Si se rechaza el tratamiento, elimina al médico y al personal de cualquier resultado para el paciente.

Firma en el archivo: Los formularios de reclamo de seguro se procesan electrónicamente. Para facilitar este proceso, su firma se mantiene "archivada" para este fin.

Autorización y Cesión: Autorizo a Palos Verdes Dermatology Associates, Inc. a actuar como mi agente para proporcionar información a mis compañías de seguros con respecto a mi tratamiento y asigno a la práctica todos los pagos por los servicios médicos prestados. También autorizo a Palos Verdes Dermatology Associates, Inc. a usar y divulgar mi información de salud protegida para diagnóstico médico, tratamiento y facturación.

Responsabilidad de los pagos: Al firmar a continuación, entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios que me brinda Palos Verdes Dermatology Associates, Inc. ("PVDA"). Si no soy el paciente, entiendo que al firmar a continuación, soy personalmente responsable de todos los honorarios incurridos por _____ (nombre del paciente). Entiendo que soy responsable del pago, ya sea que haya alguna cobertura de seguro aplicable o no. Si PVDA factura al seguro, lo hacen solo como cortesía y que yo soy realmente responsable de obtener el pago del seguro. Soy responsable de cualquier tarifa no cubierta por el seguro. Las tarifas vencen en la fecha en que se proporciona el servicio. Los intereses se acumularán al 1.5% mensual (18% anual) sobre cualquier tarifa impaga a partir de la fecha del servicio. Además, se deberá pagar una tarifa de morosidad única igual al 10% del saldo impago sobre cualquier saldo impago. Cualquier saldo impago puede ser asignado para su cobro a una agencia de cobro en cualquier momento a discreción

exclusiva de PVDA. Si se inician procedimientos legales para cobrar cualquier saldo impago, también será responsable de los honorarios de los abogados y los costos judiciales incurridos por PVDA. He leído y entendido lo anterior y no tengo preguntas sobre las condiciones de pago.

Pacientes de HMO: Los pacientes son responsables de obtener la autorización adecuada o los formularios de referencia ANTES de su visita. Su seguro HMO no cubrirá su visita sin la debida autorización. En ese caso, el médico estará encantado de verlo en efectivo, pero no se le reembolsarán los cargos. Es responsabilidad del paciente confirmar que el médico está contratado con su plan de seguro HMO.

Servicios no autorizados y no cubiertos: Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por mi compañía de seguros. También entiendo que es mi responsabilidad estar al tanto de cualquier necesidad de una referencia anticipada, copago y autorizaciones previas.

Cheques devueltos: Habrá un cargo de \$25.00 por los cheques devueltos. En este caso, el paciente deberá pagar en efectivo o con giro postal en un plazo de 10 días para evitar acciones de cobro.

Palos Verdes Dermatology Associates, Inc. se reserva el derecho de limitar o negar servicios a cualquier persona que sea fraudulenta con personal o seguro

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firma:** _____

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

Nombre que prefiero que me llamen: _____

POR FAVOR, DETALLE EL MOTIVO DE LA VISITA DE HOY

	Problema	Ubicación	Severidad	Duración	Tratamientos previos	¿Qué lo hace mejor o peor?
Problema #1						
Problema #2						

¿Tienes alguna otra erupción? Sí o no

¿Tiene algún problema de alergia o de su sistema inmunológico? Sí o no

¿Está bajo un estrés significativo? Sí o no

¿Tienes problemas con las cicatrices? Sí o no

¿Tiene problemas con la curación? Sí o no

¿Tiene problemas de sangrado? Sí o no

HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR (Por favor, **marque con un círculo** todo lo que corresponda)

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------|
| Ansiedad | Enfermedad renal en etapa terminal | Leucemia o linfoma |
| Depresión | Pérdida de audición | Radiación |
| Artritis | Ataque cardíaco/accidente | Cáncer: _____ |
| cerebrovascular | | |
| Articulaciones artificiales | Hepatitis B o C | Otro: _____ |
| Diabetes | VIH/SIDA | Ninguno |

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE LA PIEL (Marque con un círculo todo lo que corresponda)

- | | | |
|-----------------------|--------------|-------------|
| Queratosis actínicas | Melanoma | Otro: _____ |
| Carcinoma basocelular | Carcinoma de | Ninguno |
| células escamosas | | |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ANTERIORES (Marque con un círculo todo lo que corresponda)

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| Reemplazo de válvula cardíaca | Otro: _____ |
| Reemplazo de articulaciones | Ninguno |

¿Tienes antecedentes familiares inmediatos de melanoma? Sí o no. En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Hay algún problema cutáneo pertinente o importante que se presente en su familia?

MEDICAMENTOS (Enumere todos sus medicamentos, incluidas las vitaminas y suplementos, las dosis y frecuencias, tabletas o líquidos)

--	--	--	--

Alergias a medicamentos (enumere cualquier alergia a medicamentos y el tipo de reacción que ocurrió)

Farmacia preferida: _____ **Ubicación:** _____

Médico de Atención Primaria: _____ **Médico de Referencia:**

Alertas de dermatología (marque con un círculo cualquiera de estas alertas importantes si se aplican a usted)

- Alergia a la lidocaína
- Válvula cardíaca artificial
- Desfibrilador
- Latidos cardíacos rápidos con epinefrina
- Articulaciones artificiales en los últimos 2 años
- Marcapasos
- Alergia al adhesivo
- Premedicación antes de los procedimientos
- Embarazadas, en periodo de lactancia o en periodo de lactancia
- Alergia a los antibióticos tópicos
- Anticoagulantes
- Otro: _____

DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

_____ Seguro Social # : _____

Al firmar, doy autorización para divulgar mi información de salud protegida a los siguientes consultorios médicos y/o a aquellos directamente

Asociado con mi cuidado

La información que puede divulgar sujeta a este formulario de autorización firmado es la siguiente:

Registros Médicos Completos

Notas de progreso

Informes de laboratorio

Informes de rayos X / ultrasonido

Informes de patología

Otros

(Especificar a continuación)

Enumere la información de los proveedores para los cuales su información médica protegida puede ser divulgada

PCP: _____

Nombre del proveedor

Teléfono

Fax

Otros: _____

Nombre del proveedor

Teléfono

Fax

Otros: _____

Nombre del proveedor

Teléfono

Fax

Otros: _____

Nombre del proveedor

Teléfono

Fax

paciente/padre/tutor legal **Fecha** **Firma del**

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN HIPAA PARA PACIENTES

Nombre del paciente: _____

A. FAMILIA Y AMIGOS: Es política de la oficina de MIND no divulgar información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, excepto para (i) padre/tutor legal, (ii) otras personas autorizadas por el paciente, (iii) según podamos inferir razonablemente de las circunstancias (por ejemplo, si trae a un miembro de la familia o amigo a la sala de examen, asumiremos, a menos que usted se oponga, que la persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento), (iv) en situaciones de emergencia o (v) según lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Si anticipa que necesitará o desea que su información médica se proporcione a familiares, amigos o cuidadores, indíquelo a continuación, para que podamos brindarle un mejor servicio. Al firmar a continuación, usted autoriza a las siguientes personas a recibir la información que soliciten, con respecto a su atención y tratamiento. Las actualizaciones de este formulario deben hacerse en persona.

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

B. COMUNICACIÓN ALTERNATIVA: Deseo ser contactado de la siguiente manera. (Marque todo lo que corresponda)

Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____

_____ Está bien dejar un mensaje con detalles

_____ Está bien dejar un mensaje con detalles

_____ Dejar solo un número de devolución de llamada

_____ Dejar solo un número de devolución de llamada

Teléfono de trabajo _____

Comunicación Escrita

_____ Está bien dejar un mensaje con detalles

_____ Está bien enviar por correo a la dirección particular

_____ Dejar solo un número de devolución de llamada

X _____

Firma del paciente o representante

Relación con el paciente

Fecha

Autorización del paciente para fotografía/grabación visual

El abajo firmante, _____, paciente de Palos Verdes Dermatology Associates, Inc. da su consentimiento para ser fotografiado y/o grabado visualmente con el entendimiento de que estas grabaciones visuales, imágenes fijas y adaptaciones pueden usarse de forma anónima con fines educativos profesionales y para pacientes.

El abajo firmante otorga a Palos Verdes Dermatology Associates, Inc. el derecho continuo e ilimitado al uso de estas imágenes y reconoce que renuncia a todos los derechos, títulos e intereses sobre estos materiales, o cualquier derecho a obtener ganancias o ganancias directas o indirectas a través del uso de estos materiales.

Este formulario y el efecto de mi consentimiento me han sido explicados completamente y cualquier pregunta ha sido completamente respondida a mi satisfacción.

Fecha: _____

Firma: _____

Testigos: _____

Política de cancelación

Debemos recibir un aviso de cancelación dentro de las 24 horas posteriores a la hora programada de la cita; De lo contrario, puede estar sujeto a los siguientes gastos de cancelación:

- \$50.00 por una visita perdida al consultorio
- \$250.00 por una cita de cirugía perdida
- \$300.00 por una cita perdida para la cirugía de Mohs

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

Artículo 1: **Acuerdo de arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará mediante el sometimiento a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley de California disponga una revisión judicial o procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a sus derechos constitucionales de que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Artículo 2: **Todas las reclamaciones deben ser arbitradas:** Es la intención de las partes que este acuerdo vincule a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de o estar relacionadas con el tratamiento o servicio proporcionado por el médico, incluido cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo, ya sea bron o no nacido, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento significará la madre y el hijo o hijos esperados de la madre.

Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el médico y los socios, asociados, asociaciones, corporaciones o sociedades del médico, y los empleados, agentes y patrimonios de cualquiera de ellos, deben ser arbitradas, incluidas, entre otras, las reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier tribunal por parte del médico para cobrar cualquier tarifa del paciente no renunciará al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamo por negligencia.

Artículo 3: **Procedimientos y Ley Aplicable:** Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días posteriores a la solicitud de un árbitro neutral por cualquiera de las partes. Cada una de las partes en el arbitraje pagará la parte prorrateada de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de abogados o testigos, u otros gastos incurridos por una parte en beneficio propio de dicha parte. Las partes acuerdan que los árbitros tienen la inmunidad de un funcionario judicial de responsabilidad civil cuando actúan en calidad de árbitro en virtud de este contrato. Esta inmunidad complementará, ni suplantará, cualquier otra ley legal o común aplicable.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes consienten en la intervención y unión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá a la espera del arbitraje.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro de este acuerdo de arbitraje, incluidas, entre otras, las secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquiera de las partes puede presentar ante los arbitrajes una moción de juicio sumario o adjudicación sumaria de conformidad con el Código de Procedimiento Civil. El descubrimiento se llevará a cabo de conformidad con la sección 1283.05 del Código de Procedimiento Civil, sin embargo, se pueden tomar declaraciones sin la aprobación previa del árbitro neutral.

Artículo 4: **Disposiciones Generales:** Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y se excluirá para siempre si (1) en la fecha en que se reciba la notificación de la misma, la reclamación, si se hace valer en una acción civil, estaría prohibida por el estatuto de limitaciones de California aplicable, o (2) el

reclamante no presenta la reclamación de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto que no esté expresamente previsto en este documento, los árbitros se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: **Revocación:** Este acuerdo podrá ser revocado mediante notificación escrita entregada al médico dentro de los 30 días, o firma. La intención de este acuerdo es aplicarse a todos los servicios médicos prestados en cualquier momento por cualquier condición.

Artículo 6: **Efecto retroactivo:** Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha en que es efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios médicos.

_____ iniciales
del paciente o del representante del paciente Fecha

Si alguna de las disposiciones de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y no se verán afectadas por la invalidez de ninguna otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER ASUNTO DE NEGLIGENCIA MÉDICA SE DECIDA POR ARBITRAJE NEUTRAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O EN LA CORTE. VÉASE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Por: _____
Médico o representante autorizado (Fecha)

Por: _____
Escriba en letra de molde o estampilla el nombre del médico,

Por: _____
Firma del paciente o representante del paciente (fecha)

Por: _____
Escriba el nombre del paciente

(Si es representante, escriba el nombre y la relación con el paciente)

Palos Verdes Asociados en Dermatología

Se entregará al paciente una copia firmada de este documento. El original debe ser un archivo en la historia clínica del paciente.

Resumen de la Regla de Privacidad de HIPAA

HIPAA es una ley federal que le otorga derechos sobre su información de salud y establece reglas y límites sobre quién puede ver y recibir su información de salud.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Pida ver y obtener una copia de sus registros de salud.
- Hacer que se agreguen correcciones a su información de salud.
- Recibir un aviso que le indique cómo se puede usar y compartir su información de salud.
- Decida si desea dar permiso antes de que su información de salud pueda ser utilizada o compartida para ciertos fines, como la comercialización.
- Obtenga un informe sobre cuándo y por qué se compartió su información de salud para ciertos fines.
- Si cree que se le están negando sus derechos o que no se está protegiendo su información de salud, puede: Presentar una queja ante su proveedor o aseguradora de salud o presentar una queja ante el gobierno de los EE. UU.

También tiene derecho a hacerle preguntas a su proveedor o seguro de salud sobre sus derechos. También puede obtener más información sobre sus derechos, incluyendo cómo presentar una queja desde el sitio web llamando www.hhs.gov/ocr/hipaa/ al 1-866-627-7748.

¿Quién debe seguir esta ley?

- Médicos, enfermeras, farmacias, hospitales, clínicas, enfermería, hogares y muchos otros proveedores de atención médica.
- Compañías de seguros de salud, HMO, la mayoría de los planes de salud grupales del empleador.
- Ciertos programas gubernamentales que pagan por la atención médica, como Medicare y Medicaid.

¿Qué información está protegida?

- Información que sus médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica incluyen en su historia clínica.
- Conversaciones que su médico ha tenido sobre su atención o tratamiento con enfermeras y otros profesionales de la salud.
- Información sobre usted en el sistema informático de su seguro de salud.
- Información de facturación sobre usted de su clínica o proveedor de atención médica.
- La mayor parte de su información de salud, en poder de aquellos que deben cumplir con esta ley.

Los proveedores y aseguradoras de salud que están obligados a cumplir con esta ley deben mantener su información privada de la siguiente manera:

- Enseñar a las personas que trabajan para ellos cómo su información puede y no puede ser utilizada o compartida, tomando medidas apropiadas y razonables para mantener su información de salud segura.

Para asegurarse de que su información esté protegida de una manera que no interfiera con su atención médica, su información puede usarse y compartirse:

- Para la coordinación de su tratamiento y atención
- Para pagar a los médicos y hospitales por su atención médica, con su familia, parientes, amigos u otras personas que identifique que estén involucradas en su atención médica o facturas de atención médica, a menos que se oponga a proteger la salud pública, como informar cuando la gripe está en su área, o hacer los informes requeridos a la policía, como informar heridas no heridas.

Su información de salud no puede ser usada o compartida sin su permiso por escrito, a menos que esta ley lo permita. Por ejemplo, sin su autorización, su proveedor generalmente no puede:

- Proporcione su información a su empleador
- Usar o compartir su información con fines de marketing o publicidad.
- Comparta notas privadas sobre sus sesiones de consejería de salud mental.

Reconocimiento del paciente: Acuso recibo de esta información con respecto a mis derechos a la privacidad de la PHI.

Firma _____ Fecha _____