



INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

DR. DOUGLASS W. FORSHA

POR FAVOR, COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN

Apellido	Nombre	Medio	Fecha De Nacimiento	Sexo	Estado civil S C D V	Nº de Seguro Social:
Domicilio (No. de apartamento)		Ciudad	Estado	Codigo Postal		Numero de Teléfono:
Nombre del empleador del paciente:						Teléfono Celular:
Correo electrónico:						Mejor teléfono:
Podemos enviarle información médica personal por correo electrónico? Sí o no						
Podemos dejar información médica personal en su buzón? Sí o No						
SI TIENE UNA IMAGEN DE SU TARJETA DE SEGURO EN LUGAR DE UNA COPIA FÍSICA, ENVÍELA POR CORREO ELECTRÓNICO A: frontdesk@jvderm.com						

(PERSONA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE SI ES MENOR DE EDAD)

Apellido	Nombre	Medio	Fecha De Nacimiento	Sexo	Estado civil S C D V	Nº de Seguro Social:
Domicilio (No. de apartamento)		Ciudad	Estado	Codigo Postal		Numero de Teléfono:
Relación al paciente:						Teléfono celular:
Nombre de el empleador:						Teléfono del trabajo:

COBERTURA DE SEGURO - # 1 (PRINCIPAL) * LA INFORMACIÓN DEL SEGURO DEBE COMPLETARSE *

Compañía de Seguro:					Teléfono:
Asegurado Principal:		Fecha de Nacimiento:		Relación al paciente:	
Nº de Seguro Social:		Nº de identificación del seguro			Nº de grupo
Nombre del empleador:					

COBERTURA DE SEGURO – #2 (SECUNDARIA)

Compañía de Seguro:		Teléfono:
Asegurado Principal:	Fecha de Nacimiento:	Relación al paciente:
Nº de Seguro Social:	Nº de identificación del seguro	Nº de grupo

Si tiene un seguro de prescripción adicional, proporcione la tarjeta de seguro y la información a la recepcionista.

Jordan Valley Dermatology Center lleva a cabo estudios de investigación clínica para ayudar a nuestros pacientes y avanzar en la ciencia de la medicina. Los estudios que se llevan a cabo incluyen acné, queratosis actínica, carcinoma de células basales, eczema, pérdida de cabello, hiperhidrosis, lupus, psoriasis y vitíligo.
¿Le gustaría que nos pusiéramos en contacto con usted en relación con estudios potenciales/en curso?

Sí o No (por favor, marque con un círculo)

Consentimiento para el tratamiento

Nombre del paciente: _____

Yo, el abajo firmante, doy permiso para divulgar información a su(s) compañía(s) de seguros y asigno todos los beneficios del seguro para que el tratamiento se pague directamente a los proveedores del Centro de Dermatología del Valle del Jordán y solicito que esta asignación permanezca archivada con mi compañía de seguros. Certifico que una copia de esta asignación será tan válida como el original.

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para los procedimientos prestados por los proveedores de Jordan Valley Dermatology Center para el tratamiento de mi caso, que incluyen, entre otros, los siguientes: verrugas, tratamiento de terapia fotodinámica, queratosis seborreica, cicatrices queloides, eliminación de papilomas cutáneos y otros procedimientos quirúrgicos. También entiendo que la política de la oficina del Centro de Dermatología del Valle del Jordán requiere que TODAS las lesiones extirpadas **SEAN** enviadas para su revisión por un patólogo. Los honorarios de patología se pueden facturar por separado.

***Firma** _____

Fecha _____

Póliza Financiera y de Seguros

Como un servicio para usted y en un esfuerzo por mantener bajos los costos, hemos establecido algunas políticas y pautas básicas. Hemos encontrado que nuestros pacientes tienen diferentes necesidades financieras y muchas de ellas varían dependiendo de la compañía de seguros con la que están contratados. Encuentre el tipo de póliza de seguro que se enumera a continuación que se aplica a su situación y haga los arreglos correspondientes,

También es importante que entienda que su contrato con una compañía de seguros es entre usted y ellos; Por lo tanto, la responsabilidad final del pago le pertenece a usted.

1. Si su póliza de seguro es un PLAN COMERCIAL con el que estamos contratados, nos adheriremos a la póliza de seguro escrita. Debe tener una tarjeta médica vigente en el momento de su cita; De lo contrario, se le considera un paciente en efectivo y debe pagar en su totalidad en el momento del servicio.
2. Si usted es un **PACIENTE EN EFECTIVO** y se establece como tal en nuestra oficina, siempre se requiere el pago completo en el momento del servicio.
3. Es su responsabilidad asegurarse de que todos los servicios prestados en la oficina se ajusten a las pautas de su política. Si su seguro requiere una remisión de su médico de atención primaria, estos arreglos deben hacerse antes de su cita. Si no proporciona una referencia a nuestra oficina, usted será responsable de los cargos incurridos. Si no está seguro de lo que cubre su póliza, comuníquese con el número de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.
- 4. Si usted es un paciente establecido o nuevo y perdió 2 citas sin notificarnos con 24 horas de anticipación, es posible que se le cobre a su cuenta \$ 50.00 por cada cita perdida.**
5. **** Se requiere que los copagos de especialistas se paguen en su totalidad en cada visita al consultorio, incluidas las citas de seguimiento. Antes de que comience la cita. ****

Yo, el abajo firmante, reconozco que si mi cuenta/copago no se paga en su totalidad o no se hacen arreglos de pago dentro de los 30 días, Jordan Valley Dermatology Center puede enviar cualquier saldo impago a cobranzas que también puede ser reportado negativamente a la agencia de crédito. Acepto que, si mi cuenta impaga se envía a cobranzas, seré responsable de cualquier saldo adeudado, calculado a partir de la fecha del servicio, más los costos judiciales y los honorarios razonables de abogados, con o sin demanda, incurridos en el cobro de cualquier saldo vencido, y una tarifa de cobro equivalente al 40% del saldo vencido. Para su comodidad, aceptamos VISA, MasterCard, American Express y Discover Card.

Entiendo los términos de estos Requisitos Financieros y de Seguros y acepto remitir el pago en consecuencia.

*Firma _____

Fecha _____

AUTORIZACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA

Nombre del paciente: _____

La fecha de hoy: ____/____/____

¿De permiso a nuestra oficina para hablar con alguien en su nombre, sobre su información de salud protegida y financiera?

Sí o no

En caso afirmativo, proporcione sus nombres y números de teléfono a continuación.

Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPAA

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se usa o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos con ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará a ninguna divulgación que ya hayamos realizado en función de su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- * La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- * El Consultorio 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 derecho a restringir el uso de su información, pero la Clínica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
- * El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
- * La Práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.

Nombre del Paciente o Guardián Legal del paciente: _____

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____

Testigo de oficina:

Firma: _____