

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PATIENT INFORMATION

Título: () Dr. () Señor () Señora () Sra. () Señorita

Nombre legal: _____ () Jr. () Sr.
Nombre de Pila Segundo Nombre Apellido

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: () hombre () mujer SSN: _____ - _____ - _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma preferido: _____

Religión: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

CONTACT INFORMATION

Dirección: _____
Calle # nombre de la calle Apt #

ciudad ciudad código postal

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil: _____

Podemos enviarle un correo electrónico con recordatorios de citas, boletines y ofertas especiales, si es así, proporcione su correo electrónico:
correo electrónico: _____

Nombre de la esposa: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento de la esposa: ____/____/____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

PADRE O PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: () H. () M.
Nombre de Pila Segundo Nombre Apellido

Dirección: _____

Casa: _____ Trabajo: _____ Móvil #: _____

REFERRAL SOURCE

¿Cómo supiste de nuestra práctica? () Médico: _____ () Paciente: _____

() página web: _____ () Televisión () Periódico () Cartelera () Otro: _____

PATIENT PRIVACY

¿Tenemos su permiso para hablar sobre su condición médica o permitir que algún miembro de su hogar programe citas para usted?
Si sí, quien: _____ Relación: _____

Si le brindan a su proveedor de atención primaria, le enviaremos a su oficina sus notas de progreso, a menos que se le solicite que no:
Proveedor de atención primaria: _____

¿Tenemos su permiso para:

Deja un mensaje en tu contestador automático en casa? () Sí () NO

Deja un mensaje en tu lugar de trabajo? () Sí () NO

Contour Dermatology recuerda a los pacientes sus citas por mensaje de texto, correo electrónico y por teléfono.

Si en algún momento desea interrumpir una de estas comunicaciones, puede comunicarse con nuestra oficina para cancelar.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

LABS AND PATHOLOGY

Si su seguro requiere que se envíen biopsias o cultivos a un laboratorio específico (es decir, Tenet o EMC), especifique: _____

Si no, todas las biopsias y cultivos se procesarán a través de nuestra elección de laboratorio y usted será responsable de todos los cargos incurridos con ellos

Alergias

¿Es usted alérgico a algún medicamento? SÍ NO Si es así, por favor liste _____

MEDICAMENTOS/PRODUCTOS

Farmacia de Elección: _____ Teléfono de la farmacia: _____ Cross Streets: _____

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente (incluidas las recetas, los medicamentos de venta libre y las vitaminas):

Prescripciones: _____

En el mostrador: _____

PAST MEDICAL HISTORY

• ¿Bebes alcohol? SÍ NO Si es así, ¿cuántos por día? _____

• ¿Fumas? SÍ NO ¿EX FUMADOR?

• ¿Alguna vez ha tenido VIH (SIDA) o hepatitis? SÍ NO

• Have you ever had skin cancer (Basal Cell Carcinoma, Squamous Cell Carcinoma, and/or Melanoma)? SÍ NO

En caso afirmativo Año diagnosticado: _____ Ubicación: _____ Tipo de cáncer de piel: _____

Año diagnosticado: _____ Ubicación: _____ Tipo de cáncer de piel: _____

• ¿Alguien en su familia ha tenido antecedentes de cáncer de piel? SÍ NO Tipo de cancer de piel: _____

• Listar cualquier otra enfermedad o condición: _____

• Anote cualquier procedimiento quirúrgico que haya tenido en el último año: -

altura: _____ peso: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

¿Tiene usted ahora, o alguna vez ha tenido alguna de las enfermedades o afecciones enumeradas?:

DERMATOLOGÍA

- piel grasosa
- piel seca
- manchas rojas o marrones
- líneas finas/arrugas
- daño del sol

GENERAL

- actualmente embarazada
- actualmente amamantando
- diabetes
- reacción a los antibióticos
- reacción a los vendajes
- anticoagulante diario

ENDOCRINO(A)

- sudoración excesiva
- intolerancia al calor/frío

MUSCULOSQUELETAL

- artritis/deformidad articular
- articulaciones artificiales

GASTROENTEROLOGIA

- náusea
- vomiting
- problemas gastrointestinales

PSICOLOGÍA

- depresión
- pensamientos suicidas
- abuso mental o físico
- cambios de humor
- obsesivo compulsivo

SANGRE/IINFA

- glándulas inflamadas
- fatiga
- venas varicosas
- moretones con facilidad
- sangra fácilmente
- coágulos de sangre
- problemas tiroideos

CARDIOLOGY

- chest pain
- palpitations
- leg swelling
- heart attack
- high blood pressure
- pacemaker

NEUROLOGY

- headaches
- tingling/numbness
- seizures/dizziness

RESPIRATORY

- asthma
- chest tightness
- cough/wheezing
- bronchitis
- emphysema

• ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad/reacción específica de la piel? SÍ NO

En caso afirmativo, describa: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO A LOS CONSUMIDORES:

Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California (800) 633-2322

OPCIONAL
CUESTIONARIO COSMÉTICO

Querido paciente,

Nuestro objetivo es responder a todas las necesidades de nuestros pacientes y brindar atención de la más alta calidad. Para proporcionar la información sobre los servicios y productos que desea sobre la salud y el aspecto de su piel, le invitamos a completar el siguiente cuestionario:

POR FAVOR REVISE TODAS LAS CONDICIONES/SÍNTOMAS QUE APLICAN:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Manchas marrones en la cara | <input type="checkbox"/> Líneas alrededor de mis ojos | <input type="checkbox"/> Sagging neckline |
| <input type="checkbox"/> Reducción de la celulitis | <input type="checkbox"/> Líneas entre mis ojos | <input type="checkbox"/> Cicatrización |
| <input type="checkbox"/> Pliegue cerca de la nariz/boca | <input type="checkbox"/> Líneas en mi frente | <input type="checkbox"/> Ojos hundidos/huecos |
| <input type="checkbox"/> Hoyuelo en la barbilla | <input type="checkbox"/> Líneas bajo mis ojos | <input type="checkbox"/> Cara delgada, sin mejillas |
| <input type="checkbox"/> Exceso de piel por encima de los ojos. | <input type="checkbox"/> Buscando cansado | <input type="checkbox"/> Labios delgados |
| <input type="checkbox"/> Líneas de expresión | <input type="checkbox"/> Ojos hinchados | <input type="checkbox"/> Venas no deseadas |
| <input type="checkbox"/> Risa contagiosa | <input type="checkbox"/> Piel con manchas rojas | <input type="checkbox"/> Arrugas |

Por favor revise todos los servicios / productos que le interesen.:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blefaroplastia | <input type="checkbox"/> El injerto de trasplante de cabello de Gaza | <input type="checkbox"/> Cuello / Jowl Tightening |
| <input type="checkbox"/> Botox / Dysport | <input type="checkbox"/> IPL (Luz de Pulso Intenso) | <input type="checkbox"/> Reducción de grasa no invasiva |
| <input type="checkbox"/> Peelings químicos | <input type="checkbox"/> La depilación láser | <input type="checkbox"/> Tecnología láser Picoway |
| <input type="checkbox"/> CoolSculpting | <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento con láser | <input type="checkbox"/> Profundo |
| <input type="checkbox"/> Rellenos faciales | <input type="checkbox"/> Tratamientos con láser | <input type="checkbox"/> Productos para el cuidado de la piel |
| <input type="checkbox"/> Faciales | <input type="checkbox"/> Tratamientos de lipodistrofia | <input type="checkbox"/> Eliminación de tatuajes |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de grasa | <input type="checkbox"/> Liposucción | <input type="checkbox"/> Ultherapy |
| <input type="checkbox"/> Neoinjerto De Trasplante Capilar | <input type="checkbox"/> Mini lifting facial | <input type="checkbox"/> VelaShape III |

POR FAVOR, CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA EN UNA ESCALA DE 1 A 5 CELEBRANDO EL NÚMERO APROPIADO:

Quando me miro en el espejo, creo que me veo más joven, igual o mayor que mi verdadera edad:

Más joven		La Verdadera Edad		Más viejo que
1	2	3	4	5

¿Qué está utilizando actualmente como su régimen de cuidado de la piel (enumere a continuación)?

Cleanser/Toner: _____

Protector Solar: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

- Retin-A: _____
- Crema para los ojos: _____
- Crema hidratante: _____
- Crema de noche: _____

POLÍTICA FINANCIERA

¡Bienvenido a Contour Dermatology and Cosmetic Surgery Center! Nos complace que nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Nuestra misión es brindarle el más alto nivel de atención médica profesional con el más alto grado de satisfacción del paciente. Para evitar malentendidos y asegurar el pago oportuno de los servicios, es importante que comprenda sus responsabilidades financieras con respecto a su atención médica.

SEGURO Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros elegida, y es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro. Como cortesía, facturaremos a sus compañías de seguros primarias y secundarias. Enviaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que sus reclamaciones sean procesadas. Para hacer esto, debemos recibir toda la información necesaria para facturar. Si no se proporciona la información, se le facturará y se esperará el pago completo dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. Actualmente estamos contratados con la mayoría de las compañías de seguros PPO. En el caso de que no tengamos conocimiento de un cargo que no esté cubierto por su plan, se le facturará el saldo después de que hayamos recibido un rechazo de su compañía de seguros.

HMO / PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA Contour Dermatology NO acepta planes de seguro HMO. Los pacientes con seguro HMO se considerarán pacientes "en efectivo" y serán responsables del pago completo al momento del servicio. No intentaremos facturar su seguro.

MEDICARE Participamos en el programa Medicare. Usted es responsable de su coseguro, cualquier deducible que aún no se haya cumplido y los servicios que se identifican como responsabilidad del paciente en su Explicación de Beneficios de Medicare. Requerimos que todos los pacientes firmen un ABN (Aviso de Beneficiario Avanzado) que enumera nuestras tarifas y le notifica de su responsabilidad financiera por ciertos servicios médicos en cada visita.

MEDICARE/MEDI-CAL Nuestra oficina participa con Medicare, pero no con Medi-Cal. Después de facturar su seguro, como cortesía profesional, cancelaremos el monto aplicado al coseguro. Sin embargo, los pacientes de Medi-Medi son responsables de pagar cualquier cantidad aplicada a su deducible anual de Medicare y por los servicios no cubiertos por Medicare. Si no se alcanzó su deducible antes de recibir atención en nuestra oficina, usted será responsable del pago en el momento del tratamiento.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Los pacientes o su representante legal son los responsables finales de todos los cargos por los servicios prestados, incluidos, entre otros, cualquier copago, coseguro, deducible o servicio no cubierto por su seguro, cheque devuelto, cobro o honorarios de abogados. Esperamos su pago en el momento de su visita para todos los cargos adeudados por esa visita, así como cualquier saldo anterior. Si es necesario un depósito, pagará un estimado de la responsabilidad esperada del paciente; Cuando su compañía de seguros nos notifique su responsabilidad como paciente, le enviaremos un estado de cuenta por el saldo pendiente o le emitiremos un reembolso.

SALDOS DESTACADOS Después de su visita, le enviaremos un estado de cuenta para los saldos pendientes. Todos los saldos pendientes se deben a la recepción. Si viene para otra visita y tiene un saldo pendiente, solicitaremos el pago tanto de la nueva visita como de su saldo pendiente. Sus saldos pendientes se pueden pagar cómodamente a través de la oficina o puede mantener una

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Contour Your Life
tarjeta de crédito archivada. Si tiene un saldo pendiente por más de 90 días, se lo remitirá a una agencia de cobranza externa, lo que podría afectar su crédito. Debe ponerse en contacto con nuestro analista de cobro para discutir los acuerdos de pago. La derivación a una agencia de cobro dará lugar a que se le cobre una tarifa de procesamiento y cualquier tarifa legal aplicable.

El paciente estará sujeto a una tarifa de procesamiento de \$ 25.00 por cheques devueltos.

Los pacientes pueden estar sujetos a un cargo mensual por servicio de \$ 10.00 por falta de pago de su estado de cuenta mensual.

En el caso de que su cuenta se convierta en cobros, se agregará una tarifa de cobro de \$ 25.00 a su cuenta.

Además, si tiene cuentas atrasadas no pagadas, podemos darle de baja como paciente y es posible que no se le permita programar servicios adicionales a menos que se hayan hecho arreglos especiales.

POLÍTICA FINANCIERA CONTINUA ...

LIBROS Y PATOLOGÍA Si su seguro requiere que las muestras de laboratorio se envíen a un laboratorio específico, usted es responsable como suscriptor para conocer los laboratorios participantes, especifique su laboratorio preferido:

(Si no se menciona ningún laboratorio, enviaremos muestras a nuestro laboratorio normal y usted será responsable de todos los cargos incurridos con ellos)

Las biopsias, cultivos y muestras cortadas, afeitadas o perforadas siempre se enviarán a University DermatoPathology Associates (UDPS). La lectura de patología de la piel realizada por UDPS y en la preparación de diapositivas en la oficina incurrirá en una tarifa separada de la visita / procedimiento inicial. Eisenhower Medical Center completa los preparativos urgentes de los portaobjetos y estos le facturarán por separado. Como cortesía, enviaremos la información de su seguro a estas compañías para fines de facturación.

PRODUCTOS PARA CUIDADO DE LA PIEL Y AL POR MENOR Centros de dermatología y cirugía estética de contorno Cuidado de la piel y política de devolución de productos minoristas. Las devoluciones y / o cambios de artículos sin abrir, con recibo, se aceptarán dentro de los 14 días posteriores a la fecha de compra original. Si han pasado 14 días desde la fecha de compra original o se abrió, desafortunadamente no podemos ofrecerle un reembolso o cambio. Nuestra política de devolución no se aplica a los productos a base de hidroquinona, Renova, Tretinoin, Clarisonic devices, Latisse o Capillus, ya que estas ventas de productos y dispositivos son definitivas. Si experimenta un problema con estos productos no retornables, comuníquese directamente con el distribuidor.

(Nuestra política de devolución cumple con la sección 1723 del Código Civil de la Ley de California)

DISPOSITIVO DE POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN, SERVICIOS LÁSER, INYECTABLES Y ESTÉTICOS : Si no puede cumplir con su cita programada, notifique a nuestra oficina al menos 24 horas de su cita programada para evitar una tarifa de \$ 50. Esta tarifa será su responsabilidad de pagar antes de programar otra cita nuevamente. Tres (3) o más no presentaciones dentro de un período de seis (6) meses pueden resultar en que usted sea dado de alta de nuestra oficina .

POLÍTICA DE REEMBOLSO No se pueden solicitar reembolsos después de que se haya realizado el tratamiento. Hay una tarifa de procesamiento del 3% (basada en el monto del reembolso) que se aplica a todos los reembolsos de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos solicitados y deducidos del monto total del reembolso.

Como paciente de Contour Dermatology, su firma a continuación significa que comprende esta Política financiera y es responsable de todos los cargos incurridos en esta oficina. Además, al firmar este formulario, usted, como paciente de Contour Dermatology, está autorizando a su (s) compañía (s) de seguros a emitir cheques de pago directamente a Contour Dermatology para los servicios médicos que se le brindan a usted y / oa sus dependientes, independientemente de la cobertura de sus beneficios de seguro.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

TARJETA DE CRÉDITO EN ACUERDO DE ARCHIVO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

En Contour Dermatology and Cosmetic Surgery Center, ahora ofrecemos un acuerdo de tarjeta de crédito archivado como un método conveniente para pagar la parte de los servicios que debe después de que su plan de salud pague la parte de su reclamo. La información de su tarjeta de crédito se mantiene confidencial y segura, y los cargos a su tarjeta

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

se realizan ^{Contour Your Life} solo después de que su plan de salud nos haga el pago. Usted tiene la opción de limitar la cantidad que también se puede cobrar.

Yo, el abajo firmante, autorizo y solicito que Contour Dermatology and Cosmetic Surgery Center cargue a mi tarjeta de crédito el saldo adeudado que mi plan de salud identifica como mi responsabilidad financiera. Esta autorización se relaciona con todos los cargos no cubiertos por la compañía de seguros por los servicios prestados por Contour Dermatology and Cosmetic Surgery Center. Mi tarjeta permanecerá almacenada de forma segura para uso futuro por parte de Contour Dermatology and Cosmetic Surgery Center para los pagos de los saldos adeudados por mi parte. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

LÍMITES DE CARGA: Los saldos que excedan \$ _____ me exigen autorización verbal. Los cargos por este monto no requieren autorización adicional.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA		
NOMBRE:		
DIRECCIÓN DE ENVIO:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO:		

CREDIT CARD INFORMATION	
TIPO DE TARJETA:	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> DISCOVER <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> OTRA: _____
ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE NÚMERO DE TARJETA:	(POR FAVOR TENGA TARJETA DISPONIBLE PARA EL RECEPCIONISTA)
FECHA DE CADUCIDAD:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA TARJETA (CÓDIGO CVV2):

OFFICE USE ONLY	
Número de tabla de paciente: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Ingresado en E-Processing Iniciales de recepcionista: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda 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 el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se utiliza 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 ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho con respecto a su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y 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 el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras cesarán
- La Práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por: _____
Nombre impreso - Paciente o Representante

Relación con el paciente (si no es paciente): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____