

Island Dermatology, Inc

Island Dermatology, Inc
360 San Miguel Dr. #501, Newport Beach, CA 92660
949-720-1170

DBA Dermatology Associates of Downey
8345 Firestone Blvd # 310 Downey, CA 90241
562-923-3001

Desert Dermatology, Inc
16785 Bear Valley Rd. #5 Hesperia, CA 92395
760-951-7762

DBA Advanced Dermatology
210 S. Grand Ave. # 208 Glendora, CA 91741
626-914-3675

DBA Santa Ana Dermatology
2621 S. Bristol St. #309, Santa Ana, 92704
949-720-1170

Laguna Hills
24012 Calle De La Plata #200 Laguna Hills, C92653
949-720-1170

Informacion de Paciente

Nombre _____ # DeLicencia _____

Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Sexo: M _____ H _____ Fecha de Nacimiento _____ Apellido de Soltera _____

Compania de Empleo _____ Domicilio de Empleo _____

Nombre de Esposa/o _____ Celular de Esposa/o _____

Encaso de emergencia a quien contactamos? _____ Numero de Telefono _____

Doy mi consentimiento para la comunicaci3n electr3nica por correo electr3nico o mensaje de texto, que incluye, entre otros, la comunicaci3n sobre mi afecci3n m3dica y el asesoramiento de mis proveedores de atenci3n m3dica por los siguientes medios:

Direcci3n de correo electr3nico a trav3s de la cual acepta comunicarse: _____

N3mero de tel3fono a trav3s del cual acepta comunicarse: _____

Seguro Primario

Nombre de El Subscribidor _____
Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ SS # _____ Relacion al paciente _____

Seguro Secundario

El paciente esta cubierto por otra aseguransa? Si _____ No _____

Nombre de El Subscribidor _____
Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ SS# _____ Relacion al paciente _____

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Pr3cticas de Privacidad

Downey Dermatology reserva el derecho de modificar las pr3cticas de privacidad descritas en este aviso.

He revisado o haber recibido una copia del Aviso de Privacidad.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del Paciente / Representante _____ Firma del Paciente _____ Relaci3n con el paciente _____ Fecha _____

Tenga en cuenta que la Ley Estatal y Federal proporciona protecciones adicionales para los menores y restringe la liberaci3n de cierta informaci3n del paciente a cualquier persona que no sea el paciente menor de edad.

Nombre de la persona que completa este formulario _____ Fecha _____

Un acuerdo financiero firmado tambi3n se requiere antes del tratamiento

PRÁCTICA / ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
(Por favor imprima)

Estamos comprometidos a satisfacer sus necesidades de salud. Nuestro objetivo es mantener su seguro o otros arreglos financieros tan simples como sea posible. Con el fin de lograr esto en un de manera rentable, le pedimos que se cumplan las siguientes pautas:

1. Prueba de seguro y de identificación con foto se requiere para todos los pacientes.
2. Es su responsabilidad que nos proporcione su dirección actual, número de teléfono y la información del seguro en cada visita.
3. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compañía aseguradora para confirmar que los médicos que participen en el plan, así como para conocer sus niveles de beneficios (Deducibles, co pago). Si usted ve a un médico que no está actualmente en su plan, será responsable por el pago en su totalidad. Por favor, tenga en cuenta que es su responsabilidad solicitar qué cargos se enviarán al seguro Antes de los servicios prestados. en ese tiempo se le proporcionará un presupuesto de lo que será facturado a los seguros que no son capaces de para avisar de su responsabilidad final paciente hasta reclamación ha sido procesada por el seguros,
4. NO ACEPTAMOS CHEQUES PARA CO-PAGOS O PROCEDIMIENTOS DE PAGO / ESTÉTICA UNO MISMO.
5. Con el fin de programar un procedimiento quirúrgico recogeremos por adelantado los deducibles no cubiertas / el coseguro que se especifican por su seguro.
 - El pago total de cualquier saldo paciente se espera el momento del check-in. Le será cargado • \$ 10.00 tarifa de servicio por falta de pago de copago al momento del servicio.
6. Si se olvida de su cita o si no cancela dentro de 24 horas de oficina que será aplica un cargo de \$ 50.00 que será debido antes de reprogramar una nueva cita.
7. Todas las solicitudes de registros médicos deben ser por escrito y recibidas en nuestra oficina 72 horas antes de la fecha necesaria; \$ 25.00 registros tarifa copiar requerido para las cartas de más de 10pgs.
8. El adulto que acompaña a un menor de edad y los padres (o tutores) son responsables de pago completo.
9. Padre / tutor debe estar presente para la primera visita.
Para los menores no acompañados, se le negará el tratamiento no urgente salvo consentimiento para el tratamiento es en el archivo y los arreglos de pago se han realizado y verificado para estar en archivo de antemano.
10. PPO / POS / EPO pacientes, por favor tenga en cuenta que para las muestras de biopsia, puede ser necesario utilizar un "laboratorio externo". Usted recibirá una factura por separado de los mismos, además de un proyecto de ley de nuestra parte por los servicios prestados. Paciente de asesorar a nuestra oficina de sus preferencias de laboratorio antes de los procedimientos, vamos a hacer nuestro mejor esfuerzo para dar cabida a elección del laboratorio. Si no está en la lista laboratorio designado paciente está de acuerdo con los términos descritos. Escriba sus iniciales _____

Laboratorio querido por el paciente: _____

He leído y entendido la Política Financiera establecido por Island Dermatology Inc., Desert Dermatology

Para los pacientes menores, Persona responsable Nombre _____

Relasion _____

Paciente o Responsable Firma _____ *Fecha* _____

ISLAND DERMATOLOGY – FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha de hoy:** _____

Doctor Primario o Doctor Referente: _____ Paciente Nuevo: Si / No

Alergias a medicamentos: Ningún / _____

¿Cómo calificarías tu picazón hoy en una escala del 1 al 10?

(1 = sin picazón, 10 = picazón insoportable) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Tienes un tomador de decisiones sustituto?:No/Si – Nombre & Telephone: _____

Farmacia preferida (Nombre/Calle/Ciudad): _____

Razón para visita de hoy: Examen de piel / Lesión / Erupción / Acné / Otro:

Niños o menos de 19 años – Altura _____ Peso _____

Estado de Vacunación para pacientes que cumplen 13 años este año:

Recibió vacunación de Meningococo	Si / No
Completo protocolo de vacunación para HPV	Si / No
Recibió vacunación de Tdap (tétanos, toxoides diftéricos, tos ferina acelular)	Si / No

Todas los Pacientes - ¿Tienes antecedentes de:

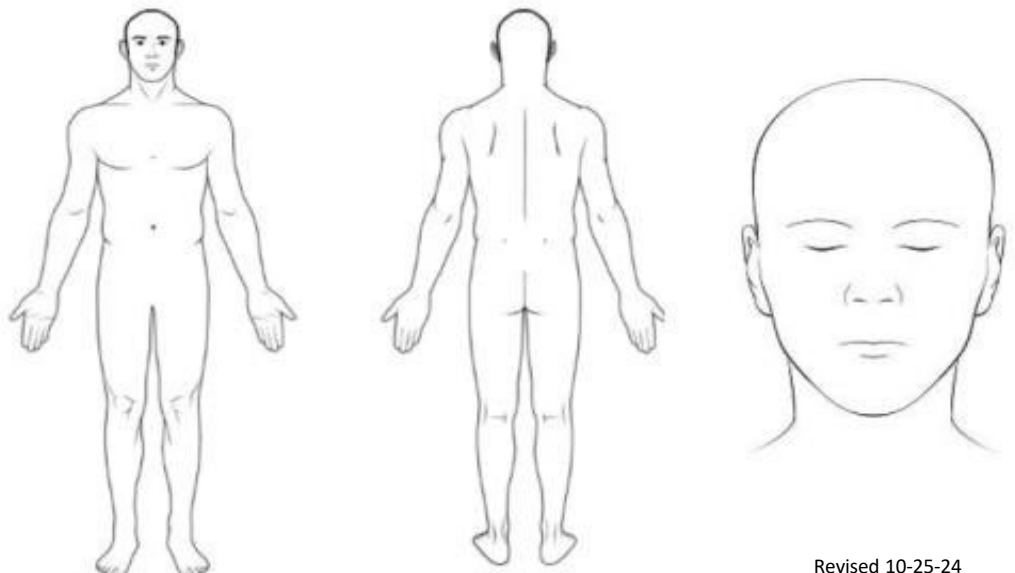
Cáncer de piel de células basales	Si / No
Cáncer de piel de células escamosas	Si / No
Melanoma Maligno Cáncer de Piel	Si / No
Anticoagulantes	Si / No
Marcapasos o Desfibrilador	Si / No
Válvula cardíaca artificial o articulaciones artificiales en los últimos 2 años	Si / No
Diabetes	Si / No
HIV	Si / No
Inmunosupresión/Trasplante de Órganos	Si / No
Alergia a la lidocaína	Si / No
Derivación cerebral	Si / No
Esta Embarazada	Si / No
Esta Lactando	Si / No
Presión arterial alta	Si / No
Consumidor de Tabaco	Actual / Nunca / Previo

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Exam: Face Waist Total

- _____ New OTC/Rx
- _____ Close Contact
- _____ Mucosal
- _____ Fever

_____ Uploaded to patient chart



Island Dermatology Inc,

DBA Advanced Dermatology / DBA Santa Ana Dermatology / DBA Dermatology Associates of Downey / Desert Dermatology

HIPAA CONSENTIMIENTO CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Deseo ser llamada al número de teléfono (s) siguiente con respecto a mi cuidado y seguimiento de la patología y los resultados de laboratorio.

Teléfono (____) _____ - _____

Doy permiso para dejar información médica relevante en mi contestador automático de correo de voz.

Opción de autorización extendida

Indique las personas a las que desea autorizar para tener acceso a su facturación, cita o información de salud (con exclusión de la información que está protegida por la Ley Federal del Estado), como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Si no lo hay, indique "Ninguno" abajo:

Nombre:

Relación:

Firma del Paciente o

Fecha

Firma del Representante del Paciente

Si el paciente es Menor

Relación con el paciente si es menor

(Requerido si el paciente es un menor de edad o un adulto que no puede firmar este formulario)

Por favor, tenga en cuenta que la ley estatal y federal provee protección adicional para menores y restringe la divulgación de la información de ciertos pacientes a alguien que no sea el padre del menor.