

## Paciente Nuevo o Paciente Establecido con Nuevo Seguro de Salud

Bienvenido a nuestra práctica. Por favor lea lo siguiente, antes de venir a su cita. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con su seguro de salud.

### Cobertura médica de su seguro

Si usted es un paciente nuevo en nuestra práctica, o es un paciente establecido con un seguro nuevo, por favor familiarícese con su cobertura de salud para consultas con especialista. Dermatología es una especialidad médica y quirúrgica por lo cual el cubrimiento de su seguro puede ser diferente al cubrimiento de visitas a su médico general, ginecólogo o pediatra.

Si su póliza de seguro incluye un deducible, co-insurance o copago, usted va a tener que hacer pagos incluso si los procedimientos son médicamente necesarios. Todo lo que esta cubierto por su seguro se considera médicamente necesario, pero no todo lo que es médicamente necesario esta siempre cubierto siempre por los seguros. Llame al servicio al cliente de su seguro y pregunte acerca del cubrimiento de su póliza.

### Examen completo de piel (Full body skin exam)

Examen completo de piel es un examen exhaustivo de la piel, uñas y pelo. El objetivo de este examen es la detección temprana de cáncer de piel y/o lesiones precancerosas. Se le instruye a cada paciente como prevenir cáncer de piel. La cita dura por lo menos 30 minutos. Debido a la naturaleza de esta cita, ninguna otra condición de piel será evaluada al mismo tiempo (acné, caída de pelo etc.). Respecto al cubrimiento de su seguro, esta visita no es una visita de medicina preventiva. Solo las visitas a médicos generales, pediatras y ginecólogos son consideradas por su seguro como preventivas. Si usted tiene deducible o co-insurance, existe la posibilidad de que reciba una cuenta por código de visita 99204 o 99214.

### Visita para el tratamiento de acné (Comprehensive acne visit)

La visita para el tratamiento de acné (Comprehensive acne visit) es una evaluación y análisis exhaustivos de pacientes con acné y sus factores agravantes. A cada paciente se le entrega un plan de tratamiento personalizado. La visita dura 30 minutos. Debido a la naturaleza de esta cita, ninguna otra condición de piel será evaluada al mismo tiempo (examen completo de piel, caída de pelo, etc.). Antes de venir a la cita, cada paciente debe llenar la forma llamada ACNE FORM que se encuentra en nuestro website. Los pacientes deben venir sin maquillaje a la cita.

**Aviso De Prácticas de Privacidad Reconocimiento**  
**Forma de consentimiento y confirmación**

**Villa Dermatology Center, LLC**

Entiendo que bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que han recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su aviso de prácticas de privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su aviso de prácticas de privacidad y que puedo contactar con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o la Legal de guarda (impresión)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Uso de oficina solamente:

Hemos hecho el siguiente intento de obtener la firma del paciente reconoce el recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Fecha: \_\_\_\_\_ Intento: \_\_\_\_\_

Nombre De Empleado: \_\_\_\_\_

**FORMA DE CONSENTIMIENTO Y CONFIRMACION**

	<b>ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD</b>
_____ Inicial	Yo autorizo el pago de Medicare o cualquier otro beneficio de mi seguro por servicios médicos prestados a mi o a mi hijo, directamente a ADRIANA VILLA MD/ Villa Dermatology center, LLC. ESTOS BENEFICIOS NO SE LIMITAN A POLIZAS INDIVIDUALES, DE GRUPO, compensación de trabajadores, responsabilidad, PIP o cualquier otra póliza que cubra beneficios de cuidado en salud. Cuando los beneficios de MEDICARE se aplican, certifica que la información dada por mí, aplicando el pago bajo el título XVII o XIV del acto de Seguridad Social es correcto y solicito que estos pagos de los beneficios autorizados sean hechos directamente a ADRIANA VILLA, MD/ VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC en mi nombre.

	<b>COLECTA DE PAGOS DE TERCEROS</b>
_____ Inicial	Autorizo a ADRIANA VILLA, MD/ VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC a actuar en mi nombre como apoderado en la colecta de beneficios de cualquier tercero que pague por servicios prestados y que los cheques sean hechos pagaderos a ADRIANA VILLA, MD/ VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC. O cualquiera de sus proveedores en salud.

	<b>GARANTIA DE PAGO</b>
_____ Inicial	<p>Entiendo que soy financieramente responsable del pago por servicios que no estén cubiertos o permitidos por mi Seguro de Salud, y todos los deducibles, copagos, y todos los balances que queden después de que mi Seguro de Salud efectué los pagos por servicios recibidos. Esto incluye pagos negados por servicios prestados que no son medicamente necesarios o por falta de precertificación/autorización, falta de afiliación a un HMO o cualquier otra condición impuesta por mi Seguro de Salud. Entiendo que si esta cuenta se envía a colección, seré responsable por el pago de la deuda por servicios médicos prestados más el costo de colección, y u honorarios de abogado cuando fuera necesario.</p> <p>Para pacientes que no tienen cobertura en salud, el pago debe realizarse al momento en que se presta el servicio. Aceptamos efectivo y tarjetas de crédito. Para pacientes que tengan cubrimiento con un seguro médico con un plan en el que no somos participantes, le cobraremos 50% del balance al momento del servicio y mandaremos el cobro a su seguro mostrando el pago que realizo. Si hay un balance, su seguro nos dejara saber y se le enviara una cuenta de cobro. ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE NOTIFICARNOS SI HAY UN CAMBIO EN SU DIRECCION, INFORMACION DE CONTACTO O SEGURO DE SALUD.</p>

	<b>CONSENTIMIENTO PARA MI TRATAMIENTO</b>
_____ Inicial	Doy mi consentimiento para todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, incluyendo pero no limitado a cirugía, anestesia, procedimientos de laboratorio y medicación que puedan ser realizados, administrados o prestados por o bajo las instrucciones de mi médico. Yo consiento de manera voluntaria el tratamiento médico por parte de la Dra. Adriana Villa, MD. /VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC. Y SU EQUIPO MEDICO, que incluye procedimientos diagnósticos y o quirúrgicos de rutina, administración de inyecciones, y/o otros tratamientos médicos que se consideren necesarios para el tratamiento y mejoría de la condición médica del paciente.

	<b>RECORDATORIO DE VISITAS</b>
_____ Inicial	Reconozco que esta práctica médica me va a enviar mensajes para recordarme de mis citas y/o cancelaciones. Estos mensajes pueden ser por teléfono, por texto o email, o podría dejar un mensaje de voz en un buzón de mensajes. Si tiene objeciones o preferencias a este respecto, déjenos saber. Esta práctica médica le cobrara al paciente 25.00 dólares por cada cita a la cual el paciente no asista y no sea cancelada con más de 24 horas de anticipación.

	<b>CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFIAS</b>
_____ Inicial	Yo autorizo a ADRIANA VILLA, MD. / VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC, y sus afiliados para tomar fotos de mi condición médica o procedimiento de mi hijo(a) y de usar estas fotos como parte de la historia clínica o para seguimiento de tratamiento.

**FORMA DE CONSENTIMIENTO Y CONFIRMACION**

<b>USO Y COMUNICACION DE INFORMACION DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES RELACIONADAS CON CUIDADOS DE LA SALUD.</b>	
Entiendo que, como parte de mi atención en salud, ADRIANA VILLA, MD. / VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC, crea y mantiene archivos en papel o electrónicos describiendo mi historial de salud, síntomas, examen físico y resultados de exámenes diagnósticos, tratamiento, y planes para un futuro tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve para:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear mi cuidado y tratamiento médico.</li> <li>• Una forma de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado en salud.</li> <li>• Una fuente de información para un tercer partido que necesite verificar los servicios que la doctora le haya prestado.</li> <li>• Una herramienta para operaciones relacionadas con salud, como evaluación de calidad y competencia de los profesionales de la salud.</li> </ul>	
Entiendo, y tengo acceso a una copia de la notificación de la Practicas de Privacidad de la Salud que provee una descripción más completa. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El derecho a revisar la notificación antes de firmar el consentimiento.</li> <li>• El derecho a oponerme al uso de mi información médica para propósitos organizacionales.</li> <li>• El derecho a solicitar restricciones respecto a cómo mi información medica puede ser utilizada o compartida para hacer tratamiento, pago u opciones en salud.</li> </ul>	

<b>COMPARTIR INFORMACION MEDICA</b>	
_____ Inicial	Yo autorizo a ADRIANA VILLA, MD/ VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC a facilitar copias de información en su poder, que hayan sido adquiridas en el curso de mi tratamiento /examen o el de mi hijo, a mi seguro médico en conexión con mi tratamiento por el propósito de pagos a cualquier seguro incluido Medicare, u operaciones de cuidado de salud.
	- Esta clínica y sus afiliados - Médico tratante y si necesita ser referido (a) a otro médico.
	- Agencia o auditorias en salud. - Otros trabajadores de la salud involucrados en su atención.

Entiendo que puedo anular este consentimiento por escrito. También entiendo que si no firmo este consentimiento si lo revoco por escrito, Dr. Adriana Villa/ VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC puede rehusar a tratarme como lo permite la sección 164.506 de Código de Regulación Federal.

Entiendo que ADRIANA VILLA, MD/ VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC se reserve el derecho a cambiar su notificación y prácticas y que antes de implementar los cambios, de acuerdo a la Sección 164.520 del Código de Regulación Federal. Si ADRIANA VILLA, MD/ VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC cambia su notificación, yo tengo derecho a obtener una copia de la notificación modificada.

Certifico que esta forma fue explicada y que leí y entendí cada disposición individual y colectiva.

<b>Firma del Paciente</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre del Paciente</b>	

Para uso de la Oficina	
<input type="checkbox"/> <b>Consentimiento recibido por:</b>	<b>Fecha:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Consentimiento negado por el paciente y tratamiento negado como está permitido</b>	



**DEMOGRAPHICS AND INSURANCE FORM**

Last Name / Apellido	First Name / Nombre	M Initial / Inicial	Title / Título

Address/Dirección	Apt. / Apto.

City / Ciudad	State / Estado	Zip / Código Postal	Mobile Phone / Tel Portable

D.O.B. / Fecha de Nacimiento	Gender / Genero	Marital Status / Estado Civil (use and X / Marca con una X)	
		Married / Casado	Widowed / Viudo
		Single / Soltero	Divorced / Divorciado

E-mail / Correo Electrónico	Telephone / Teléfono

Employer / Empleador	Social Security Number / Numero de Seguro Social

Parent Guardian / Pariente o Persona Responsable	Telephone / Teléfono

Emergency Contact / Nombre en Caso de Emergencia	Telephone / Teléfono	Relationship / Relación

Family Physician / Médico de Familia	Telephone / Teléfono

Policy Holder Name / Nombre del Asegurado	Relationship / Relación	D.O.B. / Fecha de Nacimiento

Same Address / La Misma Dirección	Policy Holder Address / Dirección
<input type="checkbox"/> Same as Patient <input type="checkbox"/> Other	

Primary Ins. / Seguro Primario	Second Ins. / Seguro Secundario

ID Number / Numero de ID	Group # / # Grupo	ID Number / Numero de ID	Group # / # Grupo

Pharmacy / Farmacia	Address / Dirección	Telephone / Teléfono

I understand that I am financially responsible for all charges not covered by my insurance company and all collections, attorneys and courts fees incurred while collecting my balance. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por mi seguro medico y cargos de corte en caso de colección.

Patient Signature / Firma del Paciente	Date / Fecha



**VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC - MEDICAL HISTORY REVIEW** Form rev. 10-30-2018

Patient Name / Nombre de paciente		Date / Fecha	
What is the reason for today's visit? / Razón de su visita?			
Do you FAINT? / Sufre de desmayos? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Do you have a PACEMAKER or a DEFIBRILLATOR? Usa usted marcapasos? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Are you ALLERGIC to any medications? If yes, (please list) / Es usted alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
MEDICATION LIST, including vitamins and herbal supplements that you are currently taking: / LISTA DE MEDICAMENTOS, incluya vitaminas o algún otro suplemento que esté tomando en este momento.			
Are you pregnant? / Está embarazada? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Months of pregnant / Tiempo de embarazo		
Are you planning to become pregnant soon? / Está planeando quedar embarazada pronto? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Are you taking birth control pills? / Está tomando píldoras anticonceptivas? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Are you breastfeeding? / Esta lactando a su niño(a)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
<b>PLEASE CHECK ALL MEDICAL CONDITIONS THAT YOU HAVE OR HAVE HAD IN THE PAST:</b> Seleccione si ha tenido o padece de alguna de estas condiciones			
Hepatitis B Hepatitis C Diabetes Arthritis Glaucoma Cataracts HIV Hay Fever Asthma	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Abnormal Moles Cold Sores Easy Bruising Bleeding Allergies Stomach Ulcers Tuberculosis Mononucleosis High Cholesterol High Blood Pressure Seizure, Epilepsy	Acne Excessive or keloid scarring Transplant Problems with your Kidneys Liver Heart Urinary System Hormones, including Thyroid Genital System Gastrointestinal System

**Skin Cancer?** If yes, please list type (melanoma and non-melanoma) and location:  
**Cáncer de Piel?** Si a sufrido de cáncer de piel explique que tipo

YES  NO

**Cancer** other than skin? If yes, please list type and location / **otro tipo de Cáncer?** Si a sufrido de otro tipo de cáncer explíquenos.

YES  NO

Do you take antibiotics before a dental appointment? Please explain / Esta usted usando antibióticos antes de una consulta dental? Por favor explique  YES  NO

Other medical conditions you may have that are not listed above / Tiene usted alguna otra condición la cual no está en nuestra lista?

**SOCIAL HISTORY / Historia de su vida social**

Do you drink alcoholic beverages? / Consume bebidas alcohólicas?  YES  NO

How much and how often? / Cuan frecuente?

Do you smoke cigarettes/cigars/pipe / Usted fuma?  YES  NO

How much and how often? Cuan frecuente?

**MEDICAL FAMILY HISTORY INFORMATION:**

Please circle if there is anyone in your family with history of / Circule si alguien de su familia tiene historia de las siguientes enfermedades

Non-melanoma-Skin Cancer	Dermatitis	Relation to Patient:
Melanoma	Actinic Keratosis	
Abnormal Moles	Psoriasis/ Eczema	
Severe Acne	Allergy to SULFA drugs	

**SURGICAL HISTORY:** Please list any surgery you had during the last 5 years and the date they occurred.  
Historia reciente de cirugías: Cuales cirugías usted ha tenido en los últimos 5 años y sus fechas?

Referring Physician (if applicable) / Doctor que lo refirió

Referring Physician's Phone Number / Número de teléfono del Doctor que lo refirió

*DERMATOLOGY OFTEN REQUIRES PHOTOS TO BE TAKEN. I AUTHORIZE VILLA DERMATOLOGY TO OBTAIN CONFIDENTIAL PHOTOGRAPHS FOR MEDICAL RECORDS PURPOSES ONLY.*

*DERMATOLOGOS FRECUENTEMENTE REQUERIMOS TOMAR FOTOS SOBRE CASOS A NUESTROS PACIENTES. YO EL PACIENTE AUTORIZO A VILLA DERMATOLOGY A OBTENER O TOMAR FOTOS PARA NUESTRO USO CONFIDENCIAL SOLAMENTE.*

Initial: \_\_\_\_\_

How did you hear about our office? / Como escucho de nuestra oficina?

Patient's Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha