

## Información personal del paciente

Nombre completo del paciente:

Fecha de nacimiento:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Menor de edad  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro

Dirección de residencia:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección de correo:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Farmacia preferida:

Ciudad de la farmacia preferida: Calle:

## Información de contacto del paciente

# Celular: # Casa: # Trabajo:

¿Cuál es el mejor número para comunicarse con usted?  Celular  Casa  Trabajo

¿Qué método de recordatorio de cita prefiere?  Texto  E-mail Llamada telef.:  Celular  Casa

E-mail:

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: Parentesco:

# Trabajo: # Casa: # Celular:

## Información de referencia médica

Referido por:

Médico(a) de atención primaria:

## Firma

Nombre en letra molde:

Paciente / Padre / Tutor legal (por favor, marque el parentesco con un círculo)

Firma:

Fecha:

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA



Tarjeta Ins actual en archivo 20\_\_\_\_



## Redwood Family Dermatology Consentimiento de prescripción electrónica

Redwood Family Dermatology utiliza prescripción electrónica en cada una de nuestras oficinas.

La prescripción electrónica es una iniciativa de mandato federal por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) que requiere que todos los médicos receten de esta manera.

El software de prescripción electrónica envía recetas a través de Internet a su farmacia de una manera segura, mediante la misma tecnología que utilizan las compañías de tarjetas de crédito. Esto ayuda a proteger la privacidad de su información personal. El software de prescripción electrónica le permite a su médico ver información importante, como interacciones de medicamentos y su historial de recetas.

Al firmar el consentimiento a continuación, se beneficiará de una forma más segura, rápida y sencilla de surtir sus recetas.

Acepto que Redwood Family Dermatology pueda solicitar y utilizar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o la parte responsable

Nombre del paciente (Por favor, usar letra de molde) \_\_\_\_\_  
Primer nombre Apellido

Fecha de caducidad: Ilimitado, a menos que se indique lo contrario \_\_\_\_\_  
Otra fecha

**REDWOOD FAMILY DERMATOLOGY**  
**REGISTRO DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE Y**  
**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

La Regla de Privacidad otorga a las personas el derecho a solicitar una restricción sobre los usos y divulgaciones de su información médica protegida (IMP). El paciente también tiene el derecho de solicitar comunicación confidencial o que una comunicación de IMP se realice por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del paciente en lugar del hogar del paciente.

**Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque lo que corresponda):**

- Teléfono principal** \_\_\_\_\_
- Está bien dejar un mensaje en la contestadora automática con información detallada
  - Dejar un mensaje solamente con el número para devolver la llamada
- ¿Hablar de su condición médica con algún miembro de su hogar?  SÍ  NO
- ¿Con quién podemos discutir su condición médica? \_\_\_\_\_

- Teléfono de trabajo:**
- Está bien dejar un mensaje con información detallada.
  - Dejar un mensaje solamente con el número para devolver la llamada

- Comunicación por escrito:**
- Enviar por correo a la dirección de mi casa
  - Enviar por correo a la dirección de mi trabajo/oficina: \_\_\_\_\_
  - Está bien enviar un fax a este número: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta que es responsabilidad del paciente informar a nuestra oficina de cualquier cambio de información.**  
**Mi firma a continuación también reconoce que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad para Redwood Family Dermatology**

\_\_\_\_\_  
 Firma de paciente /padre/tutor/representante legal  
 (encierre en un círculo)

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
 Su nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
 Fecha

La norma de privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso o la divulgación y las solicitudes de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Estas disposiciones no se aplican a los usos o divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización solicitada por el paciente. Las entidades de atención médica deben mantener registros de la divulgación de IMP. (Nota: los usos y divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones (TPO) se permiten sin consentimiento).

**Registro de divulgaciones de información médica protegida**

Fecha	Divulgado a quién (dirección o fax)	Autorización por escrito	Descripción de divulgación	Divulgado por	Motivo	Cómo se divulgó*

\*Fax, teléfono, correo electrónico, correo u otro

# Redwood Family Dermatology

## Política Financiera

Nos comprometemos a proporcionarle a usted y a su familia la mejor atención posible. Para lograrlo, le pedimos su cooperación con nuestra política financiera. Lea los detalles de esta política detenidamente.

- En el caso de los pacientes no asegurados, se espera el pago en el momento del servicio.
- Se hará una copia de su tarjeta de seguro y su identificación para su expediente. Su copago se debe pagar en el momento del servicio.
- Si su plan de salud requiere una autorización previa para ver a un especialista, se requiere que usted obtenga la autorización previa antes de obtener servicios médicos con el especialista.
- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador (si corresponde) y su compañía de seguros. Usted es responsable del pago de cualquier deducible, copago o coaseguro que su seguro aplique a su reclamación.
- Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en la cobertura de su seguro.
- Como cortesía, presentaremos una reclamación a su seguro en su nombre.
- Es posible que su plan de salud o Medicare no cubra algunos o todos los servicios proporcionados. Los servicios denegados como no cubiertos, considerados no necesarios desde el punto de vista médico o considerados cosméticos por la compañía de seguros son responsabilidad del paciente.
- El pago de los productos y/o servicios cosméticos debe hacerse en su totalidad en el momento de recibir el servicio.
- Los procedimientos realizados en nuestra oficina se encuentran bajo el título de "cirugía" por todas las compañías de seguros. Es probable que reciba una explicación de los beneficios mostrando que se hizo una "cirugía" en nuestra oficina.
- La Dermatología no se encuentra bajo el título de "servicios preventivos" por las compañías de seguros, ya que las visitas de Dermatología se basan en un problema diagnosticado.
- Hay un cargo de 25 dólares por los cheques devueltos por fondos insuficientes.
- Se requiere el pago oportuno de su saldo. Su saldo debe ser cancelado al recibir su estado de cuenta.

### Asignación de beneficios:

Por la presente autorizo que el pago de los beneficios de Medicare/Plan de Salud se haga directamente a Redwood Family Dermatology por los servicios prestados. Autorizo a Redwood Family Dermatology a divulgar toda la información necesaria para asegurar los pagos de los beneficios. Estoy de acuerdo en que una fotocopia de este acuerdo será válida como el original.

---

Firma del paciente o del responsable

---

Fecha

---

Nombre del paciente (En letra de imprenta)