



7418 N. La Cholla Blvd.
Tucson, AZ 85741
(520) 731-1110 Fax (520) 731-6582

Fecha de hoy:					
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Del Paciente Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> el Sr <input type="checkbox"/> señorita <input type="checkbox"/> la señora <input type="checkbox"/> Sra.	
				Estado civil Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Widow	
¿Es éste su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿cuál es su nombre legal?		E-mail:	
				Fecha de nacimiento: / /	
				Edad: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección:			Ciudad:		Estado: ZIP:
Teléfono de la casa:		Teléfono celular:		Teléfono del trabajo: Número de Seguro Social:	
Nombre de la persona responsable (si no es el paciente):		Dirección (si es diferente):		Teléfono de contacto: Fecha de nacimiento: / /	
Cualquier restricción en contacto con usted?		¿Se puede llamar al: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		¿Podemos dejar un mensaje detallado en el teléfono: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Empleador:			Ocupación:		Idioma preferido:
Quién puede recibir su información médica:			Carrera:		Raza:
¿Cómo se enteró de nuestra práctica?		Médico remitente Nombre y Teléfono:		Médico de cabecera Nombre y Teléfono:	
Otros miembros de la familia se ve aquí:					
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre del amigo local o familiar:			Relación con el paciente:		
Teléfono de la casa:			Teléfono celular:		
La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. También reconozco que he recibido y entiendo la (Health Insurance Portability y Accountability Act) la notificación de prácticas de privacidad de información de salud protegida de colinas Cirugía Plástica Facial Dermatología y HIPAA. La divulgación de la información médica y de la asignación de beneficios se considera en vigor desde la fecha de firma hasta que sea revocada por escrito.					
Firma del Paciente / Tutor				Fecha	

Información del Seguro

Dr. Olson y el Dr. Orlick son contratados con varias compañías de seguros que requieren referencias apropiadas. La obtención de esta referencia es su responsabilidad como paciente. Si usted es visto sin la autorización necesaria y / o referencia, que puede ser responsable de los gastos incurridos.

Seguro Principal Compañía:

ID # _____

Grupo # _____

Nombre del asegurado _____

SS # _____ del asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Titular de Política employer _____

Relación con el paciente _____

Fecha de vigencia _____

Secondary Insurance Company:

ID # _____

Grupo # _____

Nombre del asegurado _____

SS # _____ del asegurado

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Titular de Política employer _____

Relación con el paciente _____

Fecha de vigencia _____

Asignación de Beneficios del Seguro / Medicare

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico para el médico para cuidar de mí o estoy debidamente autorizado por el paciente como su / su garante para dar su consentimiento para dicho tratamiento. Entiendo que los copagos se pagan **en el servicio de día, está renderizado y** el coseguro / deducibles u otro saldo pendiente se facturará a mí. La falta de pago de mi co-pago a mi cita, dará lugar a tener que reprogramar. Autorizo colinas Cirugía Plástica Dermatología y Facial para facturar a mi compañía de seguros. Por la presente autorizo el pago directamente al médico de todos los beneficios médicos / quirúrgicos pagadero a mí en las condiciones de mi póliza por los servicios prestados. Por la presente doy mi consentimiento para liberar a las personas autorizadas, la información financiera y médica sobre el cuidado, el tratamiento y los gastos que sean necesarios para completar todas las solicitudes de prestaciones.

Política Financiera

Estamos comprometidos a proveerle con la más alta calidad de atención al paciente. Una comprensión clara de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Si tiene alguna pregunta sobre esta política financiera, no dude en solicitar cualquier aclaración que pueda necesitar, por favor.

- Todos los pacientes deben completar los formularios de información del paciente antes de ser visto.
- Entiendo que mi co-pago, co-seguro y los deducibles son un contrato entre yo y mi compañía de seguros.
- El pago total de la co - paga y / o servicios de estética se debe en el momento del servicio.
- El coseguro y los deducibles son facturados a usted y el pago se espera en el primer proyecto de ley enviado.
- Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.
- Cualquier cheque devuelto tendrá un costo de \$ 25.
- El financiamiento está disponible a través de Care Credit. (Aplicar a www.carecredit.com o llenar una solicitud en nuestra oficina) Opciones de financiamiento pueden variar.
- Tenemos una política de cancelación de 24 horas. Si no se cancela su cita más de 24 horas antes de la hora de su cita incurrirá en una tarifa de cancelación de \$ 25 o una tarifa de \$ 25 no-show si usted no se presenta en absoluto.
- Sus servicios pueden incurrir en cargos adicionales facturados por proveedores externos, incluyendo pero no limitado a los servicios de patología o cargos de las instalaciones.
- Voy a discutir a fondo los riesgos de procedimientos, beneficios y tratamientos alternativos con el profesional. Los riesgos pueden incluir pobre resultado cosmético, la recurrencia, hemorragia, infección y entumecimiento.

Yo entiendo que mi contrato es entre colinas Dermatología y Cirugía Plástica Facial y yo. Estoy de acuerdo en pagar el saldo dentro de los dos ciclos de facturación. En caso de incumplimiento de pago, será responsable de todos los costes de colecciones, incluyendo los honorarios legales incurridos como resultado de la acción de cobro. Mi firma abajo significa mi comprensión de las políticas antes mencionadas:

Paciente (o persona responsable) Firma Fecha

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Altura: _____ Peso: _____

Revise todas las condiciones médicas actuales o anteriores:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> hepatitis B o C |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Depresión Trastorno |
| <input type="checkbox"/> El enfisema | Trastorno de ansiedad <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Los coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Angina / dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | <input type="checkbox"/> Las úlceras / Queloides Piel |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Problema Cicatrización | <input type="checkbox"/> Los lunares inusuales |
| <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> cáncer |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> la presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Embarazo actual | Tipo: _____ |
| <input type="checkbox"/> el VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Es necesario tomar antibióticos antes de la cirugía o procedimientos dentales? Sí No

Lista de todos los medicamentos que toma actualmente: _____

Enumere todas las alergias a los medicamentos: _____

Enumere todas las cirugías pasadas: _____

¿Usted fuma o usa tabaco? Sí No ¿Cuánto uso diario _____?

¿Es usted un fumador pasado o consumidor de tabaco? Sí No ¿Cuándo dejar de fumar? _____

¿Consumes alcohol? Sí No ¿Cuánto consume a diario? _____

¿Eres usuario de alcohol pasado? Sí No ¿Cuándo dejar de fumar? _____

¿Alguno de los familiares cercanos ha tenido alguno de los siguientes?

cáncer de cuello El cáncer de piel distinto del melanoma lunar inusual Melanoma la cabeza o

¿Cuál es el motivo de su visita? _____

He leído este cuestionario y sus respuestas a las preguntas al mejor de mi conocimiento. Soy responsable de notificar a la oficina y el médico si se produce algún cambio en mi estado de salud. Si no logro mantener al médico informado en mi historial médico completo, puedo estar en un mayor riesgo de complicaciones o resultados inesperados de los tratamientos previstos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

(Se requiere la firma de un padre o tutor legal para los pacientes menores de 18 años.)

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Es la política de las colinas dermatología y la cirugía plástica facial que todos los médicos y el personal de preservar la integridad y la confidencialidad de la información de salud protegida (PHI) que se refieren a nuestros pacientes. El propósito de esta política es asegurar que nuestra práctica y sus médicos y el personal tienen la medicina y PHI necesaria para proporcionar la atención médica mayor calidad posible al tiempo que protege la confidencialidad de la PHI de nuestros pacientes el mayor grado posible. Los pacientes no deben tener miedo de informar a nuestra práctica y los médicos y el personal a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Para ello, nuestra práctica y sus médicos y el personal -

- **Adherirse a las normas establecidas en el Aviso de Prácticas de Privacidad**
- **Recopilar, usar y divulgar su PHI sólo en conformidad con las leyes estatales y federales y los convenios actuales del paciente y / o autorizaciones, según corresponda. Nuestra práctica y sus médicos y el personal no va a usar o divulgar su PHI para cualquier uso fuera de la práctica 's TPO, tales como la comercialización, el empleo, las solicitudes de seguro de vida, etc, sin la autorización del paciente.**
- **Utilizar y divulgar su PHI para recordar a los pacientes de sus citas a menos que instruyen no lo hagamos.**
- **Reconocer que PHI recogida acerca de los pacientes debe ser precisa, oportuna, completa y disponible cuando sea necesario. Nuestra práctica y sus médicos y personal:**
 - **Implementar las medidas necesarias para proteger la integridad de toda la PHI mantenido sobre los pacientes.**
- **Reconocer que los pacientes tienen derecho a la privacidad. Nuestra práctica y sus médicos y el personal respecto de los pacientes dignidad de las personas en todo momento. Nuestra práctica y sus médicos y el personal de respetar la privacidad del paciente 's en la medida compatible con la provisión de la atención médica de la más alta calidad posible y con la administración eficiente de la instalación.**
- **Actuar como administradores de información responsables y tratar toda la PHI tan sensible y confidencial. En consecuencia, nuestra práctica y sus médicos y personal:**
 - **Tratar a todos los datos de PHI como confidencial de conformidad con la ética profesional, las normas de acreditación y los requisitos legales.**
 - **No revelar datos PHI a menos que el paciente (o su representante autorizado) ha autorizado debidamente la liberación o la liberación se lo autorizado por la ley.**
 - **Reconoce que, aunque nuestra práctica "o WNS" la historia clínica, el paciente tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su / su PHI. Además, los pacientes tienen derecho a solicitar una enmienda a su / su expediente médico si él / ella cree que su / su información es inexacta o incompleta. Nuestra práctica y sus médicos y personal:**
 - **Permitir a los pacientes el acceso a su historial médico cuando sus solicitudes sean aprobadas por escrito por nuestra práctica. Si rechazamos su solicitud, debemos informar a los pacientes que pueden solicitar una revisión de nuestra negación. En tales casos, tendremos un sitio en la salud profes l opinión de los pacientes apelaciones.**
 - **Proporcionar a los pacientes la oportunidad de solicitar la corrección de los inexactos o incompletos PHI en sus registros médicos de acuerdo con la ley y las normas profesionales.**
 - **Todos los médicos y el personal de nuestra práctica mantendrán una lista de ciertas divulgaciones de PHI para fines distintos de TPO para cada paciente y las realizadas en virtud de una autorización como lo exigen las normas de HIPAA. Le ofrecemos la lista de los pacientes que lo soliciten, siempre que sus solicitudes son por escrito.**
 - **Todos los médicos y el personal de nuestra práctica se adherirán a las restricciones relativas al uso o divulgación de PHI que los pacientes que han solicitado y han sido aprobados por nuestra práctica.**
 - **Todos los médicos y el personal de nuestra práctica deben cumplir con esta política. Nuestra práctica no va a tolerar violaciones de esta política. La violación de esta política es motivo de acciones disciplinarias, hasta e incluyendo la terminación del empleo y de las sanciones penales o profesional de conformidad con las normas y reglamentos personales nuestra práctica 's.**
 - **Nuestra práctica puede cambiar esta política de privacidad en el futuro. Los cambios se harán efectivos en el lanzamiento de una política de privacidad revisada y serán puestos a disposición de los pacientes que lo soliciten.**
- **POR FAVOR FIRME FECHA _____**

* Estas Directrices para la adhesión política no pueden manifestarse explícitamente en la Regla de Privacidad. Algunos se basan en nuestra interpretación de la norma "mínimo necesario" y nuestra experiencia en la gestión de la práctica. Si se indica en la Regla de Privacidad, se lo indica mediante la notación (Reglamento) al final de las Directrices.

EMAIL CONSENTIMIENTO

Estimado paciente valorado,

Laderas de Dermatología y Cirugía Plástica Facial tiene el placer de anunciarles que estamos ofreciendo un boletín de noticias y ofertas por correo electrónico. Estas publicaciones incluyen emocionante nueva información, así como ofertas promocionales. Si usted desea recibir estos boletines, por favor, indique su dirección de correo electrónico en la siguiente línea. Proporcionar a su dirección de correo electrónico concede el permiso para enviar por correo electrónico el boletín de noticias sobre las colinas Dermatología y Cirugía Plástica Facial. Su firma da nuestra autorización oficina para enviarle información por correo electrónico.

Nombre del paciente: _____

E-mail del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____