



INNOVATIVE DERMATOLOGY — AND MOHS SURGERY —

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Referido Por: _____

Médico Primario: _____ Motivo(s) para visitar: _____

Dermatólogo Anterior: _____ Fecha del ultimo examen de la piel: _____

Antecedentes: (Por favor círculo si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes)

Ansiedad	Diabetes	Linfoma
Artritis	Enfermedad renal en etapa terminal	El cáncer de pulmón
El asma	Glaucoma	Lupus
Trasplante de Médula Ósea	La pérdida de audición	El cáncer de próstata
Tendencia al sangrado	Hepatitis	Tratamiento de radiación
El cáncer de mama	Presión sanguínea alta	Convulsiones
El cáncer de colon	El VIH/SIDA	Trazo
Epoc	Colesterol alto	Problemas de tiroides
Enfermedad de la arteria coronaria	IBS/enfermedad de Crohn	La Tuberculosis
Depresión	Leucemia	Ninguna de las anteriores.

Otros _____

Pasado historia quirúrgica: (Por favor círculo si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes)

Amputación	El reemplazo de la articulación de cadera (Derecha, Izquierda, Bilaterales)
Apendicitis	Reemplazo de la articulación de la rodilla, (Derecha, Izquierda, Bilaterales)
Extraído de la vejiga	El reemplazo de la articulación dentro de los últimos 2 años
Biopsia de mama (Derecha, Izquierda, Bilaterales)	La tumorectomía (Derecha, Izquierda, Bilaterales)
Los implantes de mama	Mastectomía (Derecha, Izquierda) reducción mamaria bilateral
Riñón extraído	Trasplante de órgano(s): _____
Colectomía: resección del cáncer de colon	Ovarios Eliminado: quiste
Colectomía: diverticulitis/EII	Ovarios Eliminado: Cáncer de Ovario
Bypass de arteria coronaria	Testículos extraído (Derecha, Izquierda, Bilaterales)
Histerectomía	Próstata TURP (retirado)
Vesícula Biliar	Extirpación de bazo
Biopsia del riñón (nefrectomía)	La sustitución de la válvula
Extracción de cálculos renales	
Ninguna de las anteriores.	

Otro _____

Historia: Enfermedad de la piel (Por favor círculo si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes)

Acné	Descamación o picor del cuero cabelludo	Lunares precancerosos
Queratosis Actínica	Las colmenas	Psoriasis
Cáncer de piel de células basales.	Melanoma	La rosácea
Ampollas de quemaduras de sol	El cáncer de células de Merkel	Las tejas
Piel seca/Eczema	La hiedra venenosa	Cáncer de piel de células escamosas
Ninguna de las anteriores.		

Otros _____

¿Usa crema protectora solar? Sí o No Si la respuesta es sí, ¿qué SPF? _____

¿Se broncea en un salón? Sí o No

¿Tiene un plan de atención avanzada o un apoderado de atención médica? *Sí o No

Si, (Nombre/Relación) _____

¿Se ha vacunado contra la neumonía? * Sí o No

Antecedentes familiares de enfermedad de la piel:

Eccema _____ Psoriasis _____
Los queloides _____ Cáncer de piel _____
Melanoma _____
Otros _____

Ha recibido la vacuna contra la neumonía? YES / NO

Tiene un plan de atención avanzada o un apoderado de atención médica ? En caso afirmativo, ¿quién?
(Nombre/ Relación) _____

Antecedentes familiares:

(Sólo parientes biológicos de primer grado: madre, padre, hermano, hermana, y sus hijos. Por favor, especifique qué relativa)

Diabetes _____ Presión sanguínea alta _____
El cáncer _____ Lupus _____
Enfermedad del corazón _____ Trazo _____
Otros _____

ALERGIAS: (Introduzca todas las alergias y reacciones) _____

HISTORIA SOCIAL: (Por favor circular todas las opciones que correspondan).

Tabaquismo: _____ El consumo de alcohol: el uso de drogas recreativas: _____
Actualmente fuma _____ EtOH - ninguno actual _____
Fumado en el pasado _____ EtOH - < 1 bebida por día en el pasado _____
Jamás fumó _____ EtOH - 1-2 bebidas al día _____
Ex fumador _____ EtOH - > 3 bebidas por día _____
Otros _____

Revisión de sistemas: (Por favor círculo si usted experimenta cualquiera de los siguientes)

Problemas de sangrado	Problemas de cicatrización	Sibilancia	dolor abdominal
Problemas con cicatrices.	Los sudores nocturnos	Rigidez del cuello	Falta de aliento
Dolores de cabeza	Erupción cutánea	Ansiedad tos	Depresión
Pérdida involuntaria de peso	Dolor en el pecho	Fiebre del heno	fiebre
escalofríos	Picar	Dolor en las articulaciones	dolor de garganta
menstruaciones irregulares	Debilidad muscular	Visión borrosa, disminución de la visión nocturna	

Alertas: (Por favor círculo todas las opciones que correspondan).

Alergia al adhesivo	Alergia a anestésicos	Alergia a los antibióticos
Alergia a los ungüentos antibióticos tópicos	Alergia al Betadine	La alergia al látex.
Los anticoagulantes	Historia o melanoma	Historia de cáncer de células de Merkel
Válvula cardíaca artificial	CNS estimulador	Implante Coclear
MRSA	Inmunosupresión	Trasplante de Órganos
Trastorno hemorrágico genético	El VIH/SIDA	Hepatitis B/C
Embarazo embarazo o de planificación/lactantes Lactancia		
La premedicación antes del procedimiento	Las articulaciones artificiales dentro de los últimos 2 años.	
Latidos del corazón rápidos con epinefrina		

MEDICAMENTOS

(Incluya todas las recetas actuales/aspirinas/vitaminas/suplementos y medicamentos de venta libre)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

Alergias a medicamentos: enumere todas las alergias y reacciones

PHARMACY INFORMATION

Pharmacy name: _____

Location: _____

Address: _____

Phone: (____) _____ Fax: (____) _____

Firma del Paciente: _____ Date: _____

Firma del Proveedor: _____ Date: _____

Información Para el Paciente

Nombre del paciente: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo) _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Apodo preferido: _____ Sexo: Masculino Femenino

Ocupación: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma preferido: _____

Dirección postal: Calle _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP _____

Dirección alternativa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono Trabajo: (____) _____ celda: (____) _____

Correo electrónico: _____

Estado Civil: soltero casado divorciado viudo separado

Método de contacto preferido: ____ Teléfono E-mail Fax ____ Carta Portal paciente ____ Otro ____ declinó

Paciente, cónyuge o Responsable (si es diferente de la paciente o si el paciente es un menor).

Nombre: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección postal: Calle _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Correo electrónico: _____

Información Sobre Seguros

La Cobertura del Seguro Primario

Nombre de la Compañía de seguros: _____

Principal Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación: ____ Auto Asegurado ____ Cónyuge ____ Empleador ____ Hijo Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____

La Cobertura del Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguros: _____

Principal Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relación: ____ Auto Asegurado ____ Cónyuge ____ Empleador ____ Hijo Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____



INNOVATIVE DERMATOLOGY — AND MOHS SURGERY —

Divulgación de la información y asignación de beneficios

Autorizo la divulgación de información médica a mi médico remitente o de atención primaria, a los consultores si fuera necesario como un necesario proceso de reclamaciones de seguros, seguros aplicaciones y recetas. Yo también autorizar el pago de las prestaciones médicas a los innovadores en dermatología y cirugía de Mohs Médico/ proveedor si procede.

Parte responsable Firma: _____ **Fecha:** _____

Para los pacientes de Medicare solamente

Autorización de Medicare

Solicito que el pago de beneficios de Medicare autorizado en mi nombre a la innovadora en dermatología y cirugía de Mohs para cualquier servicio proporcionado a mí por proveedores de innovadores en dermatología y cirugía de Mohs. Autorizo innovadora en dermatología y cirugía de Mohs para liberar a la CMS y sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por los servicios conexos.

Medicare no es siempre el seguro primario. Las regulaciones federales requieren que obtenemos información para determinar si otra aseguradora puede ser primaria a Medicare.

¿Usted o su cónyuge trabajan en una empresa que tiene más de 20 empleados y tienen cobertura por el seguro en el trabajo?

Sí No

Estás cubierto por un plan de HMO o PPO que hace secundario de Medicare? **Sí No**

Es esta enfermedad y lesiones cubiertas por la Administración de Veteranos (VA)? **Sí No**

Es esta enfermedad/ lesiones cubiertas por la ley federal de Pulmón Negro o enfermedad renal en etapa terminal Programa? **Sí No**

Es esta enfermedad y lesiones debido a un accidente automovilístico? **Sí No**

Es esta enfermedad y lesiones debido a causas relacionadas con el trabajo? **Sí No**

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

MEDIGAP

Si usted tiene una política complementaria y es una póliza Medigap para que su portador de Medicare automáticamente "cruza", estamos obligados a mantener un archivo de firma independiente:

Solicito autorizado beneficios MEDIGAP ser hechos en mi nombre por cualquier servicio proporcionado a mí. Autorizo a cualquier titular de la información médica para liberar a mi portador de Medigap toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios conexos.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA Reconocimiento

Tengo entendido que, en virtud de la rendición de cuentas y la probabilidad de seguros de salud (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida, reconozco que he recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que esta práctica tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que me puede ponerse en contacto con la práctica en cualquier momento para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Podemos llamar a su casa y dejar un mensaje que llame a nuestra oficina de vuelta? Sí No

Podemos teléfono USTED EN EL TRABAJO Y DEJAR UN MENSAJE QUE LLAME A NUESTRA OFICINA DE VUELTA? Sí No

¿TENEMOS SU PERMISO PARA HABLAR CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA u otras personas? Sí No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar los nombres, número de teléfono y relación con usted:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nuestra oficina le notificará de los resultados. En el caso de que no podemos ponernos en contacto con usted, estos resultados serán dirigidas a la persona autorizada. A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, estos resultados será enviado a su casa. Por favor notifique a nuestra oficina si desea que estos resultados enviado a una dirección alternativa.

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido o han tenido la oportunidad de recibir una copia de la innovadora en dermatología y cirugía de Mohs Aviso de Prácticas de privacidad y también han tenido la oportunidad de hacer preguntas. Una copia de esta autorización será incluido en mi cuadro para referencia futura.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTHORIZATION TO OBTAIN/RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: _____ DOB: ____/____/____

Address: _____

Check **ONE** Option: _____ Send my records _____ Obtain my records

For the purpose of patient care, I hereby request and authorize the following organization or individual to transfer my medical records: **Name of Organization or Individual, Address, Phone #, Fax #**

If releasing to INNOVATIVE DERMATOLOGY AND MOHS SURGERY, LLC, please furnish a complete copy of medical records and medical information of the patient identified above including all diagnoses, all biopsy reports and all records of any treatment or examination rendered to:

INNOVATIVE DERMATOLOGY AND MOHS SURGERY

3507 Lee Blvd Suite #107

Lehigh Acres, Florida 33971

Phone: (239) 368-8071 Fax: (239) 368-8074

8800 Bernwood Parkway, Unit #6

Bonita Springs, Florida 34135

Phone: (239)908-6444 Fax: (239)494-1433

I authorize Andrew Kontos, M.D. and Innovative Dermatology and Mohs Surgery, LLC, to allow the medical records and other medical information to be copied or examined by other parties including, but not limited to, my insurance company and/or other third-party payers, billing agents, attorneys, and other agents of Andrew Kontos, M.D. and Innovative Dermatology and Mohs surgery, LLC. I understand and acknowledge that this authorization extends to all or any part of the records designated above, which may include treatment for physical and mental illness, alcohol/drug abuse, and/or HIV/AIDS test results or diagnosis. In executing this authorization, I hereby release all parties to this documentation from all legal responsibility or liability relating to the release, disclosure and examination of confidential medical information.

Pursuant to this release, authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected by HIPAA Privacy Rules, Andrew Kontos, M.D. and Innovative Dermatology and Mohs Surgery, LLC. You have the right to revoke this authorization at any time by notifying Innovative Dermatology and Mohs Surgery, LLC, in writing at the above address. Revocation of this authorization will not affect actions already taken in reliance on this authorization. If not revoked sooner, this authorization will expire 365 days after executed.

Signature of patient or guardian _____ Date ____/____/____

Witness _____ Date ____/____/____



INNOVATIVE DERMATOLOGY — AND MOHS SURGERY —

Cuestionario de interés cosmético

Nombre del paciente: (apellido, nombre) _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino / Femenino

¿Cómo te enteraste de nosotros?

- Publicidad
- Médico de Atención Primaria
- Médico especialista
- La palabra de la boca
- Compañía de seguros
- Periódico
- Un amigo o familiar: _____
- Otros: _____



INNOVATIVE DERMATOLOGY — AND MOHS SURGERY —

Policia Financiera

A fin de establecer y mantener un clima de confianza y fuerte relación paciente/práctica, es importante que usted entienda su responsabilidad financiera. La siguiente información sobre nuestra política financiera le ayudará a lograrlo.

Al momento del servicio de Pago: pago completo en el momento del servicio, a menos que estén cubiertos por Medicare o una compañía de seguros con la que participamos. Aceptamos Visa, MasterCard, American Express, Discover, Tarjetas de débito, dinero en efectivo y cheques personales como forma de pago. Por cualquier cheque devuelto, se le cobrará una tarifa de servicio de \$40.00 además del importe del cheque devuelto por fondos insuficientes; sin excepciones. Este total deberá ser pagado en efectivo o con tarjeta de crédito en un plazo de 14 días.

Seguros: Los pacientes será invitado a presentar su tarjeta de seguro a la recepcionista para copiar en el momento del check-in en la oficina cada vez que son vistos por los servicios médicos para verificar sus beneficios. Por favor tome un momento para llevar su tarjeta de seguro con usted cada vez que visite nuestra oficina. Las reclamaciones que no se hayan pagado dentro de 45 días por su compañía de seguros será su responsabilidad. Usted recibirá una declaración para estos servicios y usted necesitará contactar a su compañía de seguros para el reembolso.

Para aquellos pacientes cubiertos por planes de seguros con los que somos los proveedores participantes, todos los co-pagos, co-seguro, deducibles y/o servicios no cubiertos son debido al tiempo de servicio prestado como requerido por su compañía de seguros(s). Usted será facturado en su totalidad para cualquier servicio que su plan de salud considera que "no es un beneficio" o un "servicio no cubierto". Nos van a presentar el reclamo a la compañía de seguros. En el caso de que la cobertura de su seguro de cambios a un plan con el que no somos los proveedores participantes, se requerirá el pago completo en el momento de servicio y vamos a presentar su reclamación ante la compañía de seguros como una cortesía. En el caso de transportistas secundarios no contratado, el saldo será su responsabilidad 30 días después de que se presenta la solicitud. Los cargos que no son pagados por su compañía de seguros, son de su responsabilidad. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer y entender los términos, directrices y limitaciones de su plan. También es su responsabilidad informarnos sobre cualquier cambio en su dirección, seguros o empleador. Cualquier pre-certificaciones de procedimientos o pruebas son de su responsabilidad. Por favor, háganos saber con antelación si su compañía de seguro lo requiere.

Colecciones: Las declaraciones se envían cada mes para los pacientes con un balance personal. El pago es debido a la recepción de la declaración. Si usted no puede pagar el saldo por completo, póngase en contacto con la oficina. Por favor tenga en cuenta que, si el pago no es recibido de usted o su compañía de seguros en un plazo de 90 días a partir de la fecha de servicio(s), su cuenta será considerado delincuente y sujetas a la remisión a una agencia externa de cobranza. En el caso de una cuenta es entregado a una agencia de cobranza externa, usted será responsable por los honorarios de agencia de esa colección, que puede estar basado en un porcentaje de la deuda, y de todos los costos y gastos, incluidos los de corte y los honorarios del abogado, que incurren en tales esfuerzos de la colección. Nos reservamos el derecho de cobrarle estos gastos de procesamiento si el pago no es recibido después de nuestro primer intento para recoger el pago. Además, en caso de que su cuenta sea en una agencia de cobranza, usted puede dar un aviso de 30 días de despido de la práctica, permitiendo sólo para las visitas de emergencia durante ese tiempo. En el caso de que esto ocurra, se le facilitará la necesaria información de otras fuentes para la continuación de la atención.

Las comparecencias ante el Tribunal: Los pacientes será responsable de todos los gastos razonables, incluyendo el reembolso para un proveedor de tiempo y gastos de viaje, si una comparecencia ante el tribunal, la deposición o discusión con representación legal está solicitado o requerido por la ley con respecto a su visita o cualquier seguimiento. Un mínimo de cuatro

horas, a una tasa de 750 dólares por hora, se cobrará por adelantado de la comparecencia ante el tribunal, la deposición o debate, a pagar en efectivo, tarjeta de crédito, cheque o money order, **como un retenedor reembolsables**, contra el que nos se

aplicará inicialmente nuestros cargos. Cualquier porción de la retención, si cualquiera, será devuelto a usted tras la comparecencia ante el tribunal, la deposición o discusión. Si sus gastos exceden el tope, se le facturará la misma tras la comparecencia ante el tribunal, la deposición o debate, que factura será inmediatamente debido y pagadero en el momento de la recepción. Nos reservamos el derecho de cobrar intereses a la tasa máxima permitida por la ley en la parte no desembolsada de cualquier factura que es de treinta (30) días o más atrasado. Un proveedor de tiempo, incluido el tiempo de viaje, serán compensados con una tasa de 750 dólares por hora, aunque nos reservamos el derecho a cambiar nuestras tarifas a partir de tiempo al tiempo. Si cualquier forma distinta de notas de oficina estándar son necesarios como parte de la comparecencia ante el tribunal, la deposición o debate, que será completado como un gasto adicional, resarcibles en dicha tasa horaria. Un mínimo de una hora será cargada con respecto a cualquier comparecencia ante el tribunal, la deposición o discusión o para la realización de cualesquiera otras formas.

Registros médicos/Formularios: pacientes que solicitan los expedientes médicos para liberarse a sí mismos o a otros proveedores se cobrarán \$1,00 por página para las primeras 25 páginas, y \$0.25 por página de las páginas adicionales posteriormente. No se aplicarán cargos por registros solicitamos desde otro proveedor. Podemos procesar la discapacidad u otros beneficios formularios que están relacionados a su tratamiento y cuidado. Habrá un \$10 o \$25 por página (menor de las dos) tarifa de tramitación (excepto para la Seguridad Social y la compensación a los trabajadores). Por favor espere hasta 5 días hábiles para los registros de liberación y/o formularios para ser completados.

Medicaid: no estamos contratados con cualquier plan de Medicaid. Los pacientes que buscan servicios de Medicaid son responsables por el pago completo en el momento del servicio.

Menores: un padre o tutor legal debe acompañar a todos los pacientes menores de 18 años para autorizar el tratamiento y los arreglos financieros. Si se trata de un progenitor que tiene la custodia, podemos presentar los cargos a otro padre es seguro, sin embargo, el padre presentando al niño para la atención serán facturados por el saldo no cubierto por el seguro. Cualquier paciente de más de 18 años de edad se celebrará financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

Servicios estéticos: Los pacientes son financieramente responsables de pagar en su totalidad para todos los procedimientos cosméticos en el momento del servicio. No se factura a las compañías de seguros para los procedimientos cosméticos. Tarifas para en ejercicio tratamientos tales como Botox, rellenos faciales, peelings químicos, procedimientos láser y otros procedimientos similares tienen un precio, bien por el tratamiento de base o como un paquete de tratamiento. La tarifa para una nueva consulta cosmética es de \$ 100 y se paga en el momento de la consulta. La tarifa no se aplicará a los pacientes cosméticos establecidos. Si, después de su consulta, tiene el procedimiento realizado dentro de un (1) año, la consulta se deducirá del costo total. Requerimos un no reembolsable y no transferible de depósito del 50% (la mitad) de los costos de los servicios recogidos en el momento de la cita programada, y el otro 50% (la mitad) recogieron siete días antes de la fecha de servicio. Se requieren tres días laborables de antelación de la cancelación; de lo contrario, perderá el 50% (la mitad) el coste del servicio. Serie de tratamientos y tratamientos son no-reembolsables. Para obtener información más detallada, consulte a uno de nuestros representantes.

Cuidado de la piel y productos de venta minorista: aceptamos devoluciones de artículos de venta al público dentro de los 7 días de la compra del producto por cuenta de crédito sólo si hay insatisfacción con el producto después de uso mínimo o un producto de reacción. Las devoluciones son aplicables sólo para la cuenta de crédito. Lamentablemente, debido a la naturaleza de los preparados farmacéuticos, no podemos aceptar devoluciones de productos que requieren receta médica, por ejemplo, Latisse, hidroquinona.

Soy capaz de leer y entender inglés o traducidas a mí por uno que hace y aceptar el contenido de la citada directiva. He tenido la oportunidad de discutir esta política con el profesional de la medicina o la oficina representante y han tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción. Al firmar este documento, yo estoy de acuerdo con los términos de esta política financiera.

Paciente o Tutor Legal

Fecha



INNOVATIVE DERMATOLOGY — AND MOHS SURGERY —

Consentimiento Informado de la paciente

Concedo el permiso para que el médico(s) y el personal de innovadores en dermatología y cirugía de Mohs para examinar y tratar a mí, incluyendo cualquier procedimiento(s) o la biopsia por afeitado, Punch y/o escisión, según se considere necesario en el ejercicio de su criterio profesional. Reconozco que durante el transcurso de mi tratamiento, pueden producirse situaciones imprevistas que puedan requerir estos procedimientos. Doy permiso para realizar procedimientos quirúrgicos menores, evaluaciones y tratamientos posteriores como considere necesario, siempre que los riesgos y complicaciones se discuten conmigo antes del procedimiento.

He sido informado, para mi satisfacción, acerca de la naturaleza y los riesgos inherentes a la ejecución de cualquier atención médica y/o procedimiento quirúrgico incluyendo, pero no limitado a, dolor, enrojecimiento, decoloración de la piel, dehiscencia (apertura de la herida), sangrado, infección, erupción cutánea, reacciones a la anestesia y/o la formación de cicatrices gruesas o de otra manera desagradable. Soy consciente de que tal, o de cualquier naturaleza, las complicaciones pueden resultar de cualquier procedimiento y reconozco que el proveedor médico(s) y empleados no son responsables por cualquier persona natural las complicaciones que pueden ocurrir.

Reconozco que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que cada procedimiento implica incertidumbre. He de reconocer que ningún resultado de exámenes, tratamientos o operaciones ha sido garantizada. Si ocurren complicaciones postoperatorias, es mi responsabilidad para ponerse en contacto con el proveedor médico(s) y/o el personal tan pronto como sea posible. Si, por cualquier razón, el contacto no se realiza, entonces entiendo que llame al 911 o vaya a la sala de emergencias inmediatamente.

Entiendo que la atención médica requiere mi cooperación y siga mi médico sus órdenes y prescripciones. Si se indica, voy a programar y mantener citas para el seguimiento médico y llamar a la oficina para advertir cualquier cambio o preocupaciones en mi condición.

Doy permiso para tener cualquier tejido extraído durante el procedimiento(s) para ser enviados para su examen histológico por un patólogo. Yo también el consentimiento a la disposición de cualquier tejido que se extirpa en conformidad con la práctica y el procedimiento acostumbrado. Soy consciente de que será económicamente responsable de la eliminación o tratamiento de tumores benignos (no cancerosos) de las lesiones de la piel, a menos que éstos cumplan ciertos criterios clínicos, incluyendo, pero no limitado a, cambio de color, calidad, tamaño, dolor o sangrado. Entiendo que puedo ser facturadas por un laboratorio externo para el trabajo que se realiza en esta oficina, si mi compañía de seguros no tiene un laboratorio contratado o la instalación, o si los servicios no están cubiertos por mi compañía de seguros.

Soy consciente de que si un espécimen se somete a análisis, cuyos resultados deberán estar disponibles dentro de 7-10 días hábiles. Entiendo que es la política innovadora de dermatología y cirugía de Mohs para hacer todos los esfuerzos posibles para comunicarse todos los resultados y notificarme si es necesario un tratamiento adicional. Entiendo que ningún sistema es perfecto, y si no he sido notificado de mis resultados en 3 semanas, ya sea por correo o por teléfono, voy a intentar ponerse en contacto inmediatamente con la oficina para verificar el diagnóstico. Entiendo que sin tratar malignidades (cánceres) pueden ser peligrosos y provocar nuevas complicaciones con resultados potencialmente mortales. No voy a celebrar el médico(s) o el personal responsable de mi decisión de no tratar mi malignidad (cáncer) deberían tales complicaciones.

Autorizo a mi médico(s) y el personal de innovadores en dermatología y cirugía de Mohs para documentar y registrar la atención médica y/o procedimiento quirúrgico(s) durante mis citas utilizando fotografías, grabaciones en video y/o en otros medios de comunicación. Entiendo que la reproducción o publicación de estas fotografías, grabaciones y/o en otros medios serán utilizados para el propósito de medical/estudio científico, la investigación, la educación, antes y tras la cirugía de carteras y/o la documentación de mi historia clínica. Tengo entendido que los textos descriptivos, fotografías y material grabado puede incluir porciones adecuadas del cuerpo para demostrar atención médica y/o procedimientos quirúrgicos(s) y que se harán todos los esfuerzos posibles para proteger mi identidad en esos materiales. También me conceda el permiso para el uso juicioso para fines de educación médica si mi identidad está retenida.

Además, acepto que todo fotografiado y soportes grabados obtenido es propiedad exclusiva e innovadora de dermatología y cirugía de Mohs. Entiendo que puedo rechazar cualquier fotografía o soportes de grabación en cualquier momento, así que voy a estar preguntado antes de tomar o usar tales medios.

Soy consciente de que al proporcionar mi dirección de correo electrónico, puedo recibir correos electrónicos sobre los recordatorios de la cita, material de promoción, boletines informativos, etc. de formas innovadoras de dermatología y cirugía de Mohs. También me da su consentimiento para recibir aviso de cita automatizada de llamadas.

Autorizo y solicitar que mi compañía de seguros, en lugar de reembolsar a mí directamente, pagar al médico(s) o grupo de los beneficios de los servicios prestados.

Entiendo que mi compañía de seguros médicos que pueden pagar menos de la cuenta real para servicios. Estoy de acuerdo en que yo podría ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mi dependientes.

Autorizo a mi médico(s) para liberar la información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen prestados a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención médica a otras instituciones u organismos a aceptar al paciente a un médico o busque atención institucional, incluyendo, pero no limitado a, mi proveedor de referencia, las compañías de seguros, los patólogos, laboratorios, portadores de compensación del trabajador y/o terceros pagadores, incluyendo Medicare. Yo también el consentimiento para la divulgación de información médica a mis familiares o mis designado en caso de mi muerte.

Soy capaz de leer y entender inglés o traducidas a mí por uno que hace y aceptar el contenido de la mencionada autorización. Acepto los riesgos y complicaciones del procedimiento. He tenido la oportunidad de discutir esta política con el profesional de la medicina o la oficina representante y han tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción.

Paciente o Tutor Legal

Fecha



INNOVATIVE DERMATOLOGY

— AND MOHS SURGERY —

Política de Cancelación

Valoramos su tiempo y gracias de antemano para valorar nuestra. De manera que podamos minimizar el tiempo de espera y no overbook, estamos aplicando esta política de cancelación. Usted será notificado para confirmar su cita. Entendemos que pueden surgir algunas situaciones que pueden interferir con su cita programada. Si usted es incapaz de realizar su visita al consultorio cita, por favor llame o envíe un correo electrónico (idermandmohs.com) nuestra oficina por lo menos 24 horas antes de su cita programada para cancelar y reprogramar; cosméticos y/o procedimiento quirúrgico/citas, al menos 48 horas antes de su cita programada. Como citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted y para otros pacientes que podían verse en el tiempo reservado para usted, nos reservamos el derecho de aplicar un cargo de \$50 por cada visita oficina perdida cita o \$100 por cada perdida/cosméticos procedimiento quirúrgico/cita. Tres o más citas perdidas dentro de un período de 6 meses se traducirá en descarga desde la práctica y niega cualquier futuros nombramientos. La cuota es la responsabilidad del paciente y debe ser pagado en su totalidad antes de la próxima cita del paciente. Las circunstancias inevitables puede causar para cancelar su cita dentro de las 24 horas. Si reprograma dentro de las 24 horas, el canon evaluados en esta instancia puede ser aplicado a su servicio o completamente descartada, pero sólo con la aprobación de la gerencia. Creemos que una positiva relación médico/paciente se establece sobre una buena comunicación y entendimiento. Si usted tiene cualquier pregunta, no dude en preguntarnos. Gracias por su cooperación.

Soy capaz de leer y entender inglés o traducidas a mí por uno que hace y aceptar el contenido de la citada directiva. He tenido la oportunidad de discutir esta política con el profesional de la medicina o la oficina Representante y han tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo que si se me olvida

o

No cancelar mi cita llamando por teléfono o correo electrónico a la oficina al menos con 24 horas de antelación, soy consciente

Y de acuerdo a pagar las cuotas del canon para las citas perdidas.

Paciente o Tutor Legal

Fecha



INNOVATIVE DERMATOLOGY — AND MOHS SURGERY —

HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) Regla de Privacidad Acuerdo de autorización del paciente

Autorización para la divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención de la Salud (§164.508(a)).

Entiendo que como parte de mi salud, esta planta procede y mantiene los registros de salud describiendo mi historial médico, síntomas, examen físico y resultados de las pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y los planes para el cuidado futuro o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi atención y tratamiento;
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi salud; una fuente de información para la aplicación de diagnósticos y quirúrgicos mi información a mi proyecto de ley;
- Un medio por el cual un tercero pagador puede autorizar el tratamiento y compruebe que los servicios prestados;
- Una herramienta para las operaciones de asistencia médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales de la salud

Me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información.

Entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento, puede ser necesario proporcionar mi información de salud protegida (PHI) a otra entidad cubierta. También entiendo que mi PHI puede ser utilizada o divulgada sin mi autorización requerida por la ley y que la divulgación será proporcionado a mi solicitud. Tengo el derecho de revisar este mecanismo de aviso antes de la firma de la presente autorización. Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida especificados anteriormente para los fines y de las Partes designadas por mí.

La Regla de Privacidad Acuerdo de consentimiento del paciente

Consentimiento para el uso y la divulgación de información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención de la Salud (§164.506(a)).

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar este mecanismo de aviso de las prácticas de información antes de la firma del presente acuerdo.
- Esta planta, se reserva el derecho a modificar el aviso y prácticas y que antes de la aplicación le enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado si lo solicita.
- Tengo el derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud y que este servicio no es requerido por la ley a aceptar la restricción solicitada.
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que este mecanismo, ya ha tomado acción en confianza al respecto.

Esta es la planta de procedimiento para compartir información de salud protegida con los laboratorios, rayos x, consulta de médicos y hospitales. Vamos a llamar a la farmacia de su elección con respecto a sus recetas. Sólo podremos intercambiar información protegida de salud mínimos necesarios para cada transacción.

Soy capaz de leer y entender inglés o traducidas a mí por uno que hace y aceptar el contenido de la citada directiva. He tenido la oportunidad de discutir esta política con el profesional de la medicina o la oficina representante y han tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción.

Paciente o Tutor Legal

Fecha