

SOUTHEASTERN DERMATOLOGY GROUP, P.A.
Dermatology Specialists of Alabama, Florida, Georgia and Mississippi
877.231.DERM(3376)

HOJA FACIAL / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección De Correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Dirección de Correo Electrónico _____ Número de Seguro Social _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Estado Civil _____ Ocupación _____ Farmacia Preferida _____

Contacto de emergencia : Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Médico Primario _____ Médico de referencia _____

*Nombre de Seguro Médico _____ Número de Póliza _____

Nombre de Persona Principal en Póliza _____

Número de Seguro Social del titular de póliza _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento del titular _____ empleador del titular _____

* Nombre de Seguro Secundario _____ Número de Póliza _____

Nombre de Persona Principal en Póliza _____ Número de Seguro Social del titular de póliza _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento del titular _____ empleador del titular _____

¿Tiene un plan de atención avanzado como un testamento en vida o un poder legal? No ___ Sí, especifique: _____

Raza: ___ Nativo Americano Indio o Nativo de Alaska ___ Asiático ___ Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico

___ Hispano ___ Negro o Afroamericano ___ Blanco ___ No denunciado / Se niega a informar ___ Otra Raza: _____

Etnicidad : ___Hispano o Latino ___No Hispano o Latino ___No Denunciado / Se niega a informar

Idioma principal: ___árabe ___chino ___inglés ___francés ___coreano ___español ___otro: _____

LIBERACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, el paciente o su representante legal, autorizo a Southeastern Dermatology Group, PA, a usar o divulgar mi información relacionada con la salud tal como se describe en el **Aviso de privacidad** que se me ha proporcionado. He recibido, leído y entiendo la información detallada en el **Aviso de privacidad** .

Yo por este medio doy permiso para divulgar, discutir y hablar con las personas que se encuentran a continuación con respecto a mi información de salud personal o el tratamiento. Entiendo que, a menos que se enumere específicamente a continuación, Southeastern Dermatology Group, PA no puede hablar con ninguna persona con respecto a mi información médica o financiera , incluidas, entre otras, citas, resultados de exámenes, recetas, excusas escolares o laborales. Esto incluye a mi cónyuge, hijos, hermanos o padres, si tengo 18 años o más. Entiendo que puedo modificar esta lista en cualquier momento enviando una solicitud por escrito.

Doy mi consentimiento para que se divulgue mi información de salud a las siguientes personas:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Solicitudes de Restricciones de Información de Salud Divulgada: _____

Fecha

Firma del paciente / representante autorizado

Inicialice cada sección a continuación para indicar que ha leído y comprende la información:

ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente, autorizo el pago de todos los beneficios del seguro, médico básico y mayor, por los servicios que recibo, para que se realicen directamente al Grupo de Dermatología del Sudeste . Entiendo que en última instancia soy responsable de cualquier saldo impago o servicio no cubierto . Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobrar, asegurar o intentar cobrar o asegurar el pago, incluidos los honorarios razonables de abogados o honorarios de agencias de cobranza .

DECLARACIÓN DE PAGO AUTORIZADO POR MEDICARE Y OTROS SEGUROS

Solicito que el pago de un Medicare autorizado u otros beneficios de seguro privado aplicables se paguen directamente a Southeastern Dermatology Group por los servicios prestados bajo su cuidado . También autorizo a Southeastern Dermatology Group a divulgar la información médica necesaria a mi compañía de seguros, sus agentes o cualquier tercera persona para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS

Autorizo a Southeastern Dermatology Group a que me brinde tratamiento a mí / a mi dependiente para recibir atención dermatológica / procedimientos médicos según se considere necesario .

FOTOGRAFÍA DIGITAL

Autorizo a los proveedores médicos y al personal de Southeastern Dermatology Group a tomar fotografías digitales relacionadas con mi atención. Southeastern Dermatology Group solamente revelará la información relevante para el tratamiento actual y está autorizado para su uso de fotos con fines educativos o de publicación, siempre que mi identidad está protegida. Puedo cambiar esta autorización en cualquier momento .

REFERENCIAS / AUTORIZACIONES

Entiendo que si mi compañía de seguros requiere una referencia, soy responsable de obtener una referencia antes de mi visita. Si no tengo una referencia en el momento del servicio, no servicios serán ser prestado hasta que obtengo una referencia o firmar una renuncia de la financiera responsabilidad. **El pago total será requerido al momento del servicio.**

AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Una copia de Confidencialidad de Southeastern Dermatology Group se ha proporcionado a mí que describe cómo mi información privada de salud puede ser utilizada o revelada y mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de esta información . He leído y entiendo la información descrita en el aviso.

Citas perdidas

Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas para cancelaciones. De lo contrario, puede resultar en una tarifa de \$25 por citas medicas y una tarifa de \$50 por citas cosmeticas.

CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

ePrescribing es una iniciativa de mandato federal que requiere que todos los médicos prescriban de esta manera. ePrescribing software envía recetas en internet a su farmacia de un modo seguro, seguro, utilizando la tecnología de seguridad para proteger la privacidad y de su información personal. El software ePrescribing también permite a nuestros proveedores ver información importante, como las interacciones entre medicamentos y su historial de recetas.

MENSAJES ELECTRONICOS

Si ha proporcionado su dirección de correo electrónico, nos gustaría enviarle noticias e información periódicas. Esto incluiría encuestas de satisfacción, información sobre nuevos tratamientos y procedimientos, información sobre la salud de la piel, anuncios de médicos y eventos especiales. Si no desea recibir esta noticia, haga clic en el BAJA diversión c ción en la parte inferior del correo electrónico, y vamos a eliminar su dirección de esta lista.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE LABORATORIO

Southeastern Dermatology Group utiliza un laboratorio centralizado en la ciudad de Panamá, Florida, para procesar muestras de biopsia. Es mi responsabilidad asegurarme de que estos servicios de laboratorio están en red con mi compañía de seguros. Si el laboratorio está fuera de la red, notificaré al Southeastern Dermatology Group con anticipación. Yo soy responsable para cualquier tarifa fuera de la red asociada con el procesamiento de laboratorio si no he hecho arreglos por adelantado con Southeastern Dermatology Group.

Fecha

Firma de la paciente / representante autorizado

Escriba el nombre del paciente

Fecha

Testigo

Imprimir persona autorizada / relacion