

SOUTHEASTERN DERMATOLOGY GROUP, P. A.
Especialistas en Dermatología de Alabama, Florida, Georgia y Mississippi
877.231.DERM (3376)

FICHA / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario _____
Correo electrónico _____ Número de Seguro Social _____
Empleador _____ Teléfono del Empleador _____
Estado Civil _____ Ocupación _____
Contacto de Emergencia: Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____
Médico Principal _____ Médico de Referencia _____
* Seguro Principal _____ Número de ID _____
Nombre del titular de la tarjeta _____ Número del titular SSN _____
Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta _____
Empleador del titular de la tarjeta _____
* Seguro Principal _____ Número de ID _____
Nombre del titular de la tarjeta _____ Número del titular SSN _____
Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta _____
Empleador del titular de la tarjeta _____
¿Tiene un plan de cuidado anticipado como un Testamento en Vida o Poder de Abogado? No ___ Si la respuesta es afirmativa, especifique: _____
Raza: _____ Indígena Americano o Nativo de Alaska _____ Asiático _____
_____ Nativo Hawaiano u Otras Islas del Pacífico _____ Hispano _____
_____ Negro o Afroamericano _____ Blanco _____
_____ No declarado / Se niega a reportar _____ Otra raza _____
Etnia: _____ Hispano o latino _____ No hispano o latino _____ No declarado / se niega a reportar _____
Lengua Materna: _____ Árabe _____ Chino _____ Inglés _____ Francés _____ Coreano _____ Español _____ Otro _____

PERMISO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, nombre del paciente o su representante legal, por la presente autorizo a Southeastern Dermatology Group, P. A., a usar o divulgar información sobre mi estado de salud como se describe en el **Aviso de Privacidad** que se me ha entregado. He recibido, leído y comprendido la información detallada contenida en el **Aviso de Privacidad**.

Por medio de la presente, doy permiso para divulgar, discutir y hablar con los individuos listados abajo al respecto de la información personal de mi salud o sobre mi tratamiento. Entiendo que a menos que se indique específicamente a continuación, Southeastern Dermatology Group, P. A. no puede hablar con nadie sobre mi información médica o financiera, incluyendo, pero no limitado a, citas, resultados de pruebas, recetas, permisos del trabajo o de la escuela. Esto incluye a mi cónyuge, hijos, hermanos o padres, si tengo 18 años o más. Entiendo que puedo modificar esta lista en cualquier momento presentando una solicitud por escrito.

Yo acepto la divulgación de mi información de salud a la (s) siguiente (s) persona (s):

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Solicitudes de Restricción de Divulgación de Información de Salud: _____

Fecha

Firma del Paciente / Representante Autorizado

Por favor, coloque sus iniciales en cada sección abajo para indicar que usted ha leído y entiende la información:

ASIGNACIÓN DE SEGURO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente, autorizo que el pago por los servicios que recibo de todas las coberturas del seguro que cubren los principales gastos de atención médica básica y mayor, sea hecho directamente a Southeastern Dermatology Group. Entiendo que en última instancia soy el responsable por cualquier saldo no pagado o servicio no cubierto. Estoy de acuerdo con pagar todos los costos de cobranza, garantía o intento de cobrar o garantizar el pago, incluyendo honorarios razonables de abogados u honorarios de agencia de cobranza.

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO POR MEDICARE Y OTROS SEGUROS

Solicito que el pago de 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 al Grupo de Dermatología del Sureste a divulgar la información médica necesaria para mi compañía de seguros, sus agentes o cualquier tercero con el fin de determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS

Autorizo a Southeastern Dermatology Group a prestar tratamiento a mí / mi dependiente para los cuidados dermatológicos / procedimientos médicos que puedan considerarse necesarios.

FOTOGRAFÍA DIGITAL

Autorizo a los proveedores médicos y al personal de Southeastern Dermatology Group a tomar fotografías digitales que tengan relación con mi atención. Southeastern Dermatology Group solamente revelará información relevante para el tratamiento actual y está autorizado a utilizar las fotografías para fines educativos o de publicación, siempre que mi identidad esté protegida. Yo puedo cambiar esta autorización en cualquier momento.

REFERENCIAS / AUTORIZACIONES

Entiendo que si mi compañía de seguros requiere una remisión, soy responsable de obtener una referencia antes de mi consulta. Si no tengo la remisión en el momento del servicio, no se prestará ningún servicio hasta que la obtenga o firme una renuncia de responsabilidad financiera. **Será necesario hacer el pago en su totalidad al momento del servicio.**

AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Me han entregado una copia del Aviso de Privacidad de Southeastern Dermatology Group que describe cómo mi información privada de salud puede ser utilizado o divulgada y mis derechos relacionados con el uso y divulgación de esta información. He leído y entiendo la información descrita en el aviso.

CONSULTAS PERDIDAS

Nuestra oficina requiere que se dé un aviso de 24 horas para cancelaciones. El no cumplir con este requisito puede resultar en un cargo de \$ 25 por citas médicas y \$ 50 por citas cosméticas.

CONSENTIMIENTO PARA ePRESCRIBING (RECETA ELECTRÓNICA)

La ePrescribing es una iniciativa de mandato federal que requiere que todos los médicos receten de esta manera. El software de ePrescribing envía las recetas a través de Internet a su farmacia de una manera segura y protegida, utilizando tecnología segura para proteger la privacidad de su información personal. El software ePrescribing también permite a nuestros proveedores ver información importante, como interacciones con medicamentos y su histórico de recetas.

MENSAJES ELECTRÓNICOS

Si ha proporcionado su dirección de correo electrónico, le enviaremos noticias e información periódicas. Esto puede incluir encuestas de satisfacción, información sobre nuevos tratamientos y procedimientos, información sobre la salud de la piel, anuncios médicos y eventos especiales. Si no desea recibir esta noticias, haga clic en la función UNSUBSCRIBE (Cancelar la Suscripción) en la parte inferior del correo electrónico y eliminaremos su dirección de correo electrónico de esta lista.

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE LABORATORIO

Southeastern Dermatology Group utiliza un laboratorio centralizado en Panama City, Florida, para procesar muestras de biopsia. Es mi responsabilidad asegurarme de que estos servicios de laboratorio están dentro de la red de mi compañía de seguros. Si el laboratorio está fuera de la red, notificaré Southeastern Dermatology Group con antelación. Si no he hecho arreglos por adelantado con Southeastern Dermatology Group, yo seré el responsable de cualquier tarifa fuera de la red asociada con el procesamiento de laboratorio.

Si lo contactamos al número de teléfono que nos ha proporcionado, ¿podemos dejarle información personal en la contestadora automática? **Sí** **No**

Fecha	Firma del Paciente / Representante Autorizado	Nombre del Paciente en letra imprenta
Fecha	Testigo	Nombre en imprenta de la persona autorizado / Relación