



**HOJA FACIAL / Información del paciente - Página 1 de 2**

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 \_\_\_\_\_ Farmacia Preferida (Nombre y ubicación) \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Médico Primaria \_\_\_\_\_ Médico de referencia \_\_\_\_\_

\* Nombre de Seguro Médico \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ Grupo Número \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular \_\_\_\_\_

\* Nombre de Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ Grupo Número \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular \_\_\_\_\_

¿Tiene un plan de atención avanzado, como un testamento en vida o un poder notarial? 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, y/o especialistas en dermatología de Georgia, LLC 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 y/o especialistas en dermatología de Georgia, LLC 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

X

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / representante autorizado



## HOJA FACIAL / INFORMACIÓN DEL PACIENTE – Página 2 de 2

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

### ASIGNACIÓN DE SEGURO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente, autorizo el pago de todos los beneficios del seguro, médico básico y principal, por los servicios que recibo, para que se realice directamente a Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC. Entiendo que, en última instancia, soy el responsable de cualquier saldo impago o servicio no cubierto. Acepto pagar todos los costos de cobrar, asegurar o intentar cobrar o asegurar el pago, incluidos los honorarios razonables de abogados o de agencias de cobro.

### DECLARACIÓN QUE AUTORIZA EL PAGO POR MEDICARE Y OTROS SEGUROS

Solicito que el pago de Medicare autorizado u otros beneficios de seguros privados aplicables se paguen directamente a Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC por los servicios prestados bajo su cuidado. También autorizo a Dermatology Specialists of Georgia, LLC a divulgar la información médica necesaria a mi compañía de seguros, sus agentes o cualquier tercero para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados.

### CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS

Autorizo a Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC a brindarme tratamiento a mí o a mi dependiente para atención dermatológica/procedimientos médicos que se consideren necesarios.

### FOTOGRAFÍA DIGITAL

Autorizo a los proveedores médicos y al personal de Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC a tomar fotografías digitales relacionadas con mi atención. Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC solo divulgarán información relevante para el tratamiento actual y está autorizado a utilizar fotografías con fines educativos o de publicación, siempre que mi identidad esté protegida. Puedo cambiar esta autorización en cualquier momento.

### REFERENCIAS/AUTORIZACIONES

Entiendo que si mi compañía de seguros requiere una remisión, soy responsable de obtener una remisión antes de mi visita. Si no tengo una referencia en el momento del servicio, no se prestarán servicios hasta que obtenga una referencia o firme una renuncia de responsabilidad financiera. Se requerirá el pago total en el momento del servicio.

### AVISO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de privacidad de Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC, que describe cómo se puede usar o divulgar mi información médica privada 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. El no hacerlo puede resultar en una tarifa de \$25 por citas médicas y una tarifa de \$50 por citas cosméticas.

### eCONSENTIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN

ePrescribing es una iniciativa ordenada por el gobierno federal que requiere que todos los médicos receten de esta manera. El software ePrescribing envía recetas a través de Internet a su farmacia de una manera segura, utilizando tecnología segura para proteger la privacidad de su información personal. El software ePrescribing también les permite a nuestros proveedores ver información importante, como interacciones de medicamentos y su historial de recetas.

### MENSAJES ELECTRÓNICOS

Si ha proporcionado su dirección de correo electrónico, nos gustaría enviarle noticias e información periódicamente. Esto incluiría 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 noticia, haga clic en la función UNSUBSCRIBE en la parte inferior del correo electrónico y eliminaremos su dirección de esta lista.

### CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE LABORATORIO

Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC utiliza una variedad de laboratorios para procesar muestras de biopsia. Es mi responsabilidad asegurarme de que estos servicios de laboratorio estén en la red con mi compañía de seguros. Si el laboratorio está fuera de la red, notificaré con anticipación a Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC. Soy responsable de cualquier tarifa fuera de la red asociada con el procesamiento de laboratorio si no he hecho arreglos por adelantado con Southeastern Dermatology Group, PA y/o Dermatology Specialists of Georgia, LLC.

Fecha

Firma de la paciente / representante autorizado

Escriba el nombre del paciente

Fecha

Testigo

Imprimir persona autorizada / relacion