

METRO **DERMATOLOGY**

500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789
 41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666
 220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429
 40-12 80th St, Elmhurst, NY 11373 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

Soc: _____ - _____ - _____

Nombre: _____
 Name Apellido Primer Segundo Inicial

Dirección: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: Soltero Casado Otro Sex: Barón Hembra
 Age Date of Birth: MM DD YY Marital Status: Single Married Other Male Female

del celular: (_____) _____ - _____ #Telefono de Casa: (_____) _____ - _____
 Cell phone Home phone

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono : (_____) _____ - _____
 Emergency Contact Emergency Phone

Doctor de Referencia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Referring Doctor Phone

Email: _____ @ _____

Idioma Preferido : English Español 한국어 國語 廣東語 日本語 Other: _____

POR FAVOR PRESENTAR A LA RECEPCIONISTA CON TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO AL REGRESAR ESTA FORMA.

Seguro Primario Requiere su seguro un referido para ver a un especialista?? Yes No

Seguro Primario: _____ # del Seguro: _____
 Insurance Carrier Insurance ID #
 Nombre del suscriptor: _____
 Subscriber's Name Apellido Primer Segundo Inicial
 Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____ Relación al paciente: _____

Seguro Secundario (si corresponde)

Nombre del Seguro : _____ # del Seguro : _____
 Insurance Carrier Insurance ID #

Directiva de Privacidad del Paciente

Hacemos un esfuerzo en cumplir con los requisitos de HIPPA (Health Insurance Portability and Account Activity), debemos proteger su privacidad según sus deseos. Por favor provéanos con los nombres y número de teléfono de las personas con quienes podemos discutir lo siguiente:

1. Dejar un mensaje con respecto a citas, tratamientos o resultados de pruebas medicas.
2. Asuntos con respecto a su cuenta .

 Persona Autorizada (Print)

 Numero de Teléfono

Confirmo que he visto una copia de la "Notificación de Avisos de Privacidad" publicado en el consultorio

INICIALES: _____

Autorizo al Metro Dermatology presentar todos los reclamos de mi parte. También autorizo a la asignación de beneficios directamente a su consultorio y liberación de mis registros solicitados por mi compañía de seguros. Reconozco que si no se recibe un pago voy a ser responsable de la totalidad del saldo de la cuenta. Estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier agencia de cobro, y tambien en pagar \$ 35 por cualquier cheque devuelto.

Firma X _____

Fecha: ____/____/____

METRO DERMATOLOGY

500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789
41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666
220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429
40-12 80th St ,Elmhurst , NY 11373 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Política de la Práctica

Consentimiento de Tratamiento

Autorizo y consiento tratamientos a Metro Dermatology (MD). Esto puede incluir la administración de medicamentos, pruebas de diagnóstico y procedimientos cuando se considere necesario por mi médico, ayudantes o personas designadas, con fines de diagnóstico o tratamiento.

Autorización y Asignación

Autorizo a Metro Dermatology y a mi médico a proporcionar información a mis compañías de seguros con respecto a mi diagnóstico y tratamientos. Si no hago el pago total de estos servicios, me haré responsable por todos los pagos por servicios proveídos a mi o mis dependes en Metro Dermatology .

Reclamaciones de Medicare

Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o portadores, cualquier información necesaria para esto o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito el pago de las prestaciones de seguro médico a la parte que acepta la asignación. Reglamentos relativos a la asignación de beneficios de Medicare se aplican.

Garantía de Pago

*** Responsabilidad del Paciente.** Entiendo que soy responsable por cualquier suma que no sea cubierta por el seguro . Estoy de acuerdo en proporcionar el pago dentro de los 30 días de la notificación de la declaración de esta responsabilidad. De lo contrario, habrán cargos adicionales. Esto se aplica ya sea cubierto por un HMO, PPO o un grupo de plan de salud tradicional. Entiendo que si no hay pago recibido, sería el resultado de asignar una agencia de cobros exterior. Habrá una comisión de cobro, que no exceda el 30% del saldo pendiente de pago, pero no limitado a los derechos de cobro de agencia, honorarios de abogados, gastos de presentación y costos de la corte cuando sea necesario, se agregarán al saldo . Si su cuenta se coloca con una agencia de cobro, vamos a cancelar la disponibilidad de nuestros servicios , y usted será retirado de la práctica.

*** Seguros médico contratados.** Si participamos y tenemos contrato, con su plan de seguro, presentamos reclamos como una cortesía a usted. Usted será responsable de:

- Copagos
- Deductibles Anuales
- Coseguros
- Servicios no cubiertos

*** Los servicios no cubiertos.** Los aseguradores manifestaron de manera rutinaria, "La determinación de la cobertura se realiza en el momento de presentar la reclamación." Muchas veces no sabemos si los tratamientos serán cubiertos hasta que recibamos EOB del asegurador (explicación de beneficios). Después que el EOB haya sido presentado y recibido en Metro Dermatology, se le cobrará por artículos que no están cubiertos por su plan de seguro. Los servicios pueden ser negados por la cobertura debido a que la compañía considera que los servicios: 1) médicamente innecesarios 2) Condición pre-existente 3) cosmético. En el caso de que Medicare o cualquier compañía de seguros niegue , acepto asumir personalmente la responsabilidad total para el pago.

Iniciales _____

* **Transferencia de Credito.** Cualquier credito en su cuenta que fué resultado de algún pago a Metro Dermatology de su seguro u otras fuentes se puede aplicar a otras cuentas adeudadas por el asegurado o familia del asegurado.

* **Patología y cargos de laboratorio.** Cargos finales de laboratorio no se pueden anticipar en el momento del servicio y no están bajo nuestro control. Los laboratorios clínicos realizarán todas las pruebas necesarias para aclarar o confirmar un diagnóstico. Esto puede resultar cargos adicionales . Usted será responsable de cualquier saldo no cubierto por el seguro.

Cargos

* **Cargo por refacturación de copagos .** Nuestro contrato con su compañía de seguros requiere recaudar los copagos en total a la hora del servicio. Si por alguna razón el copago correcto no es recaudado a la hora del servicio , se aplicará un cargo de \$ 10 a su cuenta .

* **Cargo por refacturación al seguro.** Si necesitamos reiniciar una reclamación al seguro debido a la información incorrecta de la póliza, habrá un cargo de \$ 15 adicionales. Este cargo será la responsabilidad del paciente. Si la información correcta no es obtenida antes del plazo de la fecha de reclamación al seguro, el paciente tendrá la responsabilidad de pagar la suma total de la visita .

* **Cargos por refacturación.** Después de los 30 días, los cargos pendientes tendran un cargo adicional de \$ 5 por cada periodo de facturación para cubrir los cargos de preparación y envío .

* **Cheques devueltos.** Se cobrará un cargo de \$ 35 por cheques devueltos. Los cheques devueltos pueden ser enviados a nuestra agencia de cobros por medidas adicionales .

* **Transferencia de Registros médicos .**

Hay cargos administrativos en ciertos estados :

New York: Setenta y cinco centavos (\$ 0,75) por página y un cargo adicional por las imágenes diagnósticas y el cargo del envío.

New Jersey: \$1.00 por página por las primeras 100 páginas.

25 centavos (\$.25) por cada página despues con un máximo de \$200 por el registro médico entero.

* **Cancelación de cita o “No Show”.** Como cortesía, nuestra oficina cuenta con un sistema de recordatorio de citas automatizado que llama a 2 días antes o un día antes para verificar su cita. Esto proporciona tiempo suficiente para cancelar o cambiar su cita, si es necesario. Se requiere 24 horas de anticipación para evitar el cobro de \$ 20 por no presentarse. Este cargo no puede ser cubierto por su seguro.

Renovaciones de medicamentos

Los pacientes reciben medicación suficiente para mantenerlos hasta su próxima visita. Una visita de seguimiento se requiere generalmente para recetas escritas hace más de 6 meses. Dependiendo de la medicación, una recarga de una sola vez puede ser posible.

No Tarjeta de Seguro

Si llega sin su tarjeta de seguro para su primera visita, tendrá el mismo cargo commercial que los pacientes sin seguro . No podemos proveer un descuento de seguros o un cargo contratado sin esa tarjeta e identificación con foto. No hay reembolso o descuentos de seguro después de la visita al menos de que recibámos un pago de su seguro por su visita.

Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

X

/ /

Firma / Paciente o Representante legal

Fecha

METRO DERMATOLOGY

500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789
41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666
220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429
40-12 80th St ,Elmhurst , NY 11373 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

Patient name: _____ Date: _____

check here if minor or unable to provide consent

I consent for medical photographs to be made of me or my child (or person for whom I am legal guardian).

I understand that the information may be used in my medical record, for purposes of medical teaching, or for publication in medical textbooks or journals as I have designated below. By consenting to these medical photographs I understand that I will not receive payment from any party. Refusal to consent to photographs will in no way affect the medical care I will receive. If I have any questions or wish to withdraw my consent in the future I may contact:

 X _____ (Signature) _____ (Witness)

By signing this form below I confirm that this consent form has been explained to me in terms which I understand.

- 1) I consent for these photographs to be used in medical publications, including medical journals, textbooks, and electronic publications. I understand that the image may be seen by members of the general public, in addition to scientists and medical researchers that regularly use these publications in their professional education. Although these photographs will be used without identifying information such as my name, I understand that it is possible that someone may recognize me. I also agree for my image to be shown for teaching purposes and to be used for my medical record.

 X _____ (Signature) _____ (Witness)

- 2) I agree for my image to be shown for teaching purposes **AND** to be used for my medical record but **NOT FOR** medical publication:

 X _____ (Signature) _____ (Witness)

For patients between ages 7 and 18 years, a signature below indicates that the information in this consent form has been explained to me, and I assent to use my images as outlined above:

 X _____ (Signature) _____ (Witness)

500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789
 41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666
 220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429
 40-12 80th St ,Elmhurst , NY 11373 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Hoy: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Cuestionario de salud del paciente (ROS) Por favor conteste TODAS las preguntas

Tiene usted o ha tenido usted alguna de las enfermedades o condiciones listadas: (Por favor marque **Si** o **No**)

	Si	No		Si	No
Conjunctura Artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapaso o desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA <small>HIV/AIDS</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple /adormecimiento de extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma/ Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paro Cardíaco/ataque del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de Aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trombosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre/Escalofríos (ahora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza(ahora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste alguna otra enfermedad o condición médica _____

Piel: Ha tenido usted algunos de los siguientes problemas en la piel?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Cancer en la Piel | <input type="checkbox"/> Lunares inusuales |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Cicatrización excesiva | <input type="checkbox"/> Queloides |
| <input type="checkbox"/> Quemadura del sol | <input type="checkbox"/> Eczema/DermatitisAtópica | |

Cual es su ocupación? _____

Firma de paciente: **X** _____ Fecha ____/____/____ Firma de personal _____

METRO DERMATOLOGY

500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789
41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666
220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429
40-12 80th St ,Elmhurst , NY 11373 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Hoy: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Cuestionario de salud del paciente (PSFH) Por favor conteste TODAS las preguntas

Historia Médica

❖ Tiene usted alergia a algún medicamento(s)? Sí No
Si tiene alergia, indique
a cual medicamento(s)? _____

❖ Tiene usted alergia a la anestesia dental? Sí No

❖ Tiene usted alergia a las vendas adhesivas? Sí No

❖ Tiene usted alergia a látex? Sí No

❖ Ha tenido usted hospitalización o cirugías reciente? Sí No
Si ha tenido, que procedimiento /
o razón? _____

❖ Esta usted tomando algún medicamento en este momento (incluyendo medicamento sin receta
como multivitamínicos o suplementos)? Sí No
Si está tomando, cuáles toma? _____

❖ Toma usted algunos de estos medicamentos? Sí No
Indique cuales: Vitamina E Aspirina Motrin/Ibuprofeno
 Aleve Coumadin Anti Coagulantes (Plavix/Warfarin)

Historia Familiar

Ha tenido usted algún miembro de familia con unas de las siguientes condiciones? Sí No
Indique cuales : Melanoma Cáncer de Piel Lunares anormales
 Acne severo Psoriasis Eczema

Historia Social

❖ Toma Alcohol? Nunca Socialmente (a veces)
 Regularmente (semanal) Muy Frecuenté (diario)

❖ Fuma Tabaco? Nunca En el pasado pero ya no
 Si fuma indique # ____ paquetes /diario

Utiliza usted drogas recreativas? Si No

Utiliza usted filtro solar /SPF? Sí No

Utiliza usted gorros/sombreros? Sí No

Firma Del Paciente X _____ Fecha ____/____/____ Firma de Personal _____