

Registro del Paciente

Información del paciente (por favor llene escribiendo su nombre tal como aparece en su tarjeta del seguro)

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ Apto/Piso: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencia: _____ Celular: _____ Teléfono trabajo: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Sexo: M ___ F ___ Ocupación: _____ Lugar de Empleo: _____

Responsabilidad del seguro — Información del asegurado. Si el paciente es el titular de la póliza, por favor omita esta sección.

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ Apto. / Piso: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencia: _____ Celular: _____ Teléfono trabajo: _____
Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ___ F ___
Ocupación: _____ Empleador: _____

Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: _____
Dirección de la farmacia: _____ Número de la farmacia #: _____

Información del seguro

Todos los pacientes deben suministrar una copia de su tarjeta del seguro al momento de sus visitas.

Seguro principal: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Póliza No. _____ Grupo No. _____
Seguro secundario: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Póliza No.: _____ Grupo No.: _____

Información del médico que remite

Médico que remite: _____ Número de teléfono: _____
Atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA? _____

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN A UN MENOR DE EDAD SIN PRESENCIA DEL TUTOR LEGAL: Yo _____ (nombre y apellido) autorizó a mi hijo _____ (nombre del menor) para recibir atención y tratamiento en Bobby Buka MD PC sin mi presencia.

Información de contacto para emergencias

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Certifico que la información que he suministrado es correcta. Autorizo la divulgación de la

Firma: _____ Fecha: _____
ación médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguro a las compañías aseguradoras o sus agencias (incluyendo Medicare) con propósitos de registro y pago de reclamaciones médicas. Yo autorizo el pago de los beneficios médicos del proveedor

Autorización de tarjeta de crédito

Esta información se almacenará de forma segura hasta el momento en que su seguro hayan pagado su parte y nos notifique sobre las responsabilidades de los miembros. Cualquier saldo y/o balance que quede adeudado y no sea cubierto por su compañía de seguros, será cobrado a la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria registrada. Tenga en cuenta que esto NO comprometerá su capacidad para disputar los cargos o la determinación de pago de su compañía de seguros. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea cancelada.

Información de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria:
Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Other _____
Nombre del titular de la tarjeta: _____
Número de la tarjeta: _____
Fecha de Expiración (mes/año): _____
Código postal del titular de la tarjeta (dirección donde recibe el estado de la tarjeta de crédito): _____

Firma

Fecha: _____

Reconocimiento de las políticas del consultorio The Dermatology Specialists por parte del paciente

TODOS los PACIENTES deben completarlo. Si el paciente es menor de 18 años, este formulario debe ser llenado por su PADRE o TUTOR LEGAL. Por favor lea cada ítem a continuación y escriba su inicial en el espacio correspondiente.

-Información del seguro / Copagos y deducibles

Se requiere pago de todos los servicios en el momento en que se suministren. Si esta oficina acepta mi seguro, comprendo que todavía tengo la responsabilidad de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. **Entiendo que a pesar de la inscripción del seguro, en últimas, yo soy responsable de todos los costos del tratamiento dermatológico suministrado.** Los cheques que sean devueltos por fondos insuficientes serán cargados con una tarifa adicional de \$50. Su firma a continuación, significa que entiende y acepta cumplir con esta política.

-Información de remisión

Si mi plan del seguro de salud requiere una remisión, comprendo que es mi responsabilidad obtener la remisión de mi proveedor primario de salud, y asegurarme que esté disponible para ser presentada en el momento de mi visita. También comprendo que es mi responsabilidad llevar cuenta del número de visitas que he usado de mi remisión, y la fecha de expiración de mis remisiones, y obtener nuevas cuando se necesiten. Comprendo que los tratamientos especializados que requieren autorización previa son responsabilidad completa del paciente. **Comprendo que si no presenté una remisión válida, puedo ser responsable de todos los cargos atribuibles al tratamiento de especialistas.**

-Tarjetas del seguro

Los pacientes nuevos o aquellos pacientes que cambian de planes de seguro, deben proporcionar una tarjeta válida de seguro en el momento de la visita. Si usted no puede proporcionar esta documentación, los pacientes deberán pagar todo en el momento del servicio, y enviar una reclamación a su corredor de seguros para obtener un reembolso. Entiendo que **yo soy responsable de notificar a la oficina de cualquier cambio en mi información de seguro o contacto.**

-Política de cancelaciones

Si no es posible para usted cumplir su cita, por favor contacte nuestra oficina. Si no contacta la oficina con 24 horas de anticipación a su cita, se le cargará una tarifa de \$25.00 por cancelación.

-Declaración de responsabilidades financieras

Como cortesía para nuestros pacientes, nuestra oficina facturará a las aseguradoras privadas los procedimientos quirúrgicos. Los procedimientos cosméticos no están cubiertos por los seguros y las tarifas cosméticas serán responsabilidad del paciente. Cualquier cirugía realizada por razones médicas necesarias, será facturada por separado a su aseguradora. Se enviará un balance explicando el estado de su cuenta, y los siguientes balances reflejarán cualquier saldo restante. Debido a que la responsabilidad financiera siempre corresponde al paciente, deseamos tenerlo informado. Por ejemplo: si su aseguradora no ha pagado dentro de los 30 días, usted deberá llamarlos directamente para confirmar el pago antes de los 60 días. Después de días no seguiremos intentando que su compañía aseguradora pague, le requeriremos a usted, el paciente, el pago.

-Políticas

Los pacientes mayores de 18 años están protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos. Esta Ley Federal prohíbe a cualquier miembro del personal de The Dermatology Specialists discutir sobre citas, medicación, resultados de exámenes o planes de tratamiento con cualquier persona diferente al paciente. Con frecuencia, esto causa dificultades para algunos pacientes que quisieran que familiares o cuidadores obtengan la información por ellos. Si usted desea permitir que alguien más discuta su condición médica, confirme sus citas, u obtenga los resultados por usted, por favor indique a continuación el nombre de la persona.

Nombre del individuo (escriba en letra imprenta) Relación con el paciente

Reconozco que he recibido una copia de la Comunicación de Procedimientos de Privacidad del consultorio relacionados con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996.

Al firmar a continuación, yo, el paciente, padre o tutor legal de los menores de 18 años, acepto que he leído, entendido y aceptado el reconocimiento del paciente anteriormente enumerado y por lo tanto, estoy conforme con su naturaleza.

Firma del paciente o tutor legal

Dermatology Specialists

Artículo 1: Acuerdo de arbitrar: Se entiende que cualquier disputa, relacionada con negligencia médica, ya sea debida a los servicios médicos llevados a cabo de acuerdo con este contrato, que fueren innecesarios, o no autorizados, o fueron administrados de forma no adecuada, negligente o incompetente, será resuelta mediante presentación para arbitramento de acuerdo a lo provisto por la ley de Nueva York, y no por una demanda o haciendo uso de procesos judiciales, exceptuando las provisiones de la ley de Nueva York relacionados con la revisión de procedimientos de arbitramento. Las dos partes de este contrato, al celebrarlo, están desistiendo de sus derechos constitucionales a que dichas disputas se decidan en una corte con un jurado, y aceptan a cambio, el uso del arbitramento.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: Es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes cuyas reclamaciones pueden resultar o relacionarse con el tratamiento o servicio suministrado por el médico, incluyendo el cónyuge, los familiares del paciente y sus hijos, nacidos o por nacer, en el momento de la ocurrencia que da lugar a la reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" aquí descrito comprende tanto a la madre, como al niño o niños por nacer.

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable: Las demandas de arbitramento deberán ser comunicadas por escrito a todas las partes. Un árbitro neutral será seleccionado por la Asociación Americana de Arbitramento (AAA) dentro de los 30 días de la demanda de árbitro neutral por cualquiera de las partes. Las reglas de arbitramento comercial serán aplicables y el árbitro neutral deberá fallar dentro de los 120 días de la designación. Cada parte del arbitramento deberá pagar su porción prorrateada de los gastos y tarifas del árbitro neutral, junto con los demás gastos de arbitramento incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de asesores o testigos, u otros gastos incurridos por la parte para el propio beneficio de ella. Las partes acuerdan que AAA tiene inmunidad de la responsabilidad civil como oficial judicial cuando actúa en su función de árbitro de acuerdo con este contrato. Esta inmunidad deberá suplementar, no suplantar, cualquier otra ley o el derecho común.

Cada una de las partes deberá tener el absoluto derecho de arbitrar por separado los asuntos de responsabilidad y daños cuando se solicite por escrito al árbitro neutral.

Las partes acuerdan la intervención y adhesión a este arbitramento de cualquier persona o entidad que de otra forma sea una parte adecuada adicional en una demanda judicial, y que mediante dicha intervención y adhesión, cualquier demanda judicial existente contra dicha persona adicional o entidad, deberá permanecer pendiente de arbitramento.

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de Nueva York aplicables a los proveedores de cuidados de salud deberán aplicar a las disputas en lo relativo a este acuerdo de arbitramento y solamente se permitirá revelación de documentos. Cualquier parte puede llevar ante los árbitros una moción para fallo sumario o adjudicación sumaria de acuerdo con el Código de Procedimiento Civil.

Artículo 4: Disposiciones generales: Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias similares serán arbitradas en un solo proceso. Las reclamaciones serán desistidas y prescribirán perpetuamente si (1) la fecha de la notificación de la misma, la reclamación, si es afirmada en una acción civil, prescriben de acuerdo con el estatuto de limitaciones de Nueva York, o (2) el reclamante no continua con la reclamación de arbitramento de conformidad con los procedimientos prescritos en la misma, con razonable celeridad. Con respecto a cualquier asunto no expresamente previsto en la misma, los árbitros serán regidos por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de Nueva York relacionado con este arbitraje. **Artículo 5: Revocación:** Este acuerdo puede ser revocado por escrito, entregado al médico hasta 30 días después de la firma. Es la intención de este acuerdo aplicar a todos los servicios médicos prestados en cualquier lugar y para cualquier condición.

Artículo 6: Efecto retroactivo: Los pacientes aceptan que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de la firma (incluyendo, pero no limitado a, tratamiento de emergencia), efectivo a la fecha del primero de los servicios médicos.

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitramento se considera inválido o no se puede hacer efectivo, las disposiciones restantes permanecerán en completo efecto y no deberán ser afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Comprendo que tengo el derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitramento. **ADVERTENCIA: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACUERDA QUE CUALQUIER ASUNTO RELACIONADO CON NEGLIGENCIA MÉDICA SERÁ DECIDIDO POR UN ÁRBITRO NEUTRAL Y QUE USTED ESTÁ DESISTIENDO DE SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO EN LA CORTE. VEA EL ARTÍCULO UNO DE ESTE CONTRATO.**

POR: The Dermatology Specialists

Firma del paciente o del representante del paciente Fecha

Nombre en imprenta del paciente

Examen de salud del empleado/paciente

POR FAVOR, LEA CADA PREGUNTA CUIDADOSAMENTE	POR FAVOR, CIRCULE EL RESPUESTA QUE SE APLICA A USTED	
<p>¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fiebre o escalofríos • tos • dificultad para respirar o dificultad para respirar • fatiga • dolores musculares o corporales • dolor de cabeza • nueva pérdida de sabor u olor • dolor de garganta • congestión o esrondo • náuseas o vómitos • diarrea 	Sí	NO
<p>En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano (6 pies o más cerca durante un total acumulado de 15 minutos) con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien que se sabe que tiene COVID-19 confirmado en laboratorio? ○ • ¿Alguien que tenga algún síntoma consistente con COVID- 19? 	Sí	NO
<p>¿Está aislando o poniendo en cuarentena porque puede haber estado expuesto a una persona con COVID-19 o le preocupa que pueda estar enfermo con COVID-19?</p>	Sí	NO
<p>¿Está esperando actualmente los resultados de una prueba COVID-19?</p>	Sí	NO

NOMBRE: _____

Fecha: _____