

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Nos comprometemos a brindar una atención de calidad. Lea y firme esta Política financiera antes de someterse a un tratamiento. Es posible que se le pida que vuelva a firmar este documento si se actualiza. Háganos saber si tiene alguna pregunta. Frontier Dermatology enviará reclamaciones a su seguro si se brinda la información actual, pero se deniegan algunos servicios (p. ej., diagnósticos no autorizados). Los pacientes deberán abonar estos cargos y cualquier procedimiento cosmético no cubierto por el seguro.

SU RESPONSABILIDAD:

- Autorizo a Frontier Dermatology a facturar a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados, incluyendo cualquier importe no pagado por mi(s) plan(es) de atención médica. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con mi empresa de seguros si el proveedor está "dentro de la red" para recibir todas las prestaciones del seguro. Declaro que la información que he proporcionado relacionada con mi cobertura de seguro u otra(s) fuente(s) de pago es correcta.
- Entiendo que es mi responsabilidad dar a Frontier Dermatology información precisa y actualizada del seguro y dar copias de todas las tarjetas del seguro, así como información actualizada de la dirección para asegurar la recepción de los estados de cuenta.
- Remitiré el pago de todos los saldos de manera oportuna.
- Pagaré mi copago/saldo en el momento del servicio. Entiendo que Frontier Dermatology acepta todas las principales tarjetas de crédito, efectivo y cheques, y que todos los cheques devueltos y sin fondos suficientes (NSF) darán lugar a un cargo de \$25.00.

REFERENCIAS/AUTORIZACIONES:

- Las referencias o autorizaciones no son garantía de pago. Soy responsable de cualquier saldo clasificado como Responsabilidad del paciente por mi empresa de seguros. Cualquier disputa con el procesamiento de la reclamación es entre mi empresa y yo. Yo soy, en última instancia, responsable de asegurar que mi Proveedor de Atención Primaria (PCP) haya dado a Frontier Dermatology una referencia o autorización previa antes de mi cita.

ARREGLOS DE PAGO:

- Entiendo que Frontier Dermatology puede almacenar mi tarjeta de crédito registrada para futuros pagos, aunque puedo elegir excluirme.
- Si mi tarjeta registrada expira o el pago no puede ser procesado por cualquier razón, llamaré inmediatamente a la oficina de Frontier Dermatology para restablecer mi plan de pago antes de incumplir con un pago.
- Los saldos vencidos deben liquidarse antes de concertar una cita o ser atendido para citas posteriores.

INFORMACIÓN GENERAL:

- Según la Oficina del Inspector General, los proveedores no pueden cambiar de codificación para obtener el pago; esto es ilegal y entra dentro de la "Ley de Reclamaciones Falsas" y se considera fraude y abuso.
- Si usted acude a una cita estética y tiene preguntas o preocupaciones médicas que derivan en lo que la Asociación Médica Estadounidense (AMA) define como una visita al consultorio u otro procedimiento médico, la visita y el(los) procedimiento(s) subsiguiente(s) serán enviados a su seguro. Se le facturará de acuerdo con las prestaciones de su plan de seguro individual.
- De acuerdo con los lineamientos actuales de la AMA y de la Terminología de procedimientos actual (CPT), todos los procedimientos (como biopsias, patología, nitrógeno líquido/congelación, eliminaciones benignas, papilomas cutáneos, etc.) se facturan por separado y no se incluyen en la visita al consultorio.
- Es posible que se requieran tinciones, pruebas o consultas adicionales de patología de muestras cutáneas a través de un laboratorio interno o externo. Estos servicios se facturarán por separado y no se incluirán en las estimaciones de factura. No hay forma de determinar esos montos hasta que un dermatopatólogo procese su muestra en el laboratorio.
- Cuando Frontier Dermatology solicite análisis externos, radiografías u otras pruebas, usted es responsable de revisar con su seguro dónde está autorizado a realizarse estos estudios. Para estos servicios, se usa un laboratorio externo; la facturación de estos servicios es aparte y usted es responsable de cualquier saldo relacionado. Cualquier saldo adeudado fuera de Frontier Dermatología es entre usted y esa agencia. Frontier Dermatology no está afiliada.
- Si no se presenta a una cita o cancela con menos de 24 horas de antelación, se le cobrará \$75.00 por una cita estándar y \$150.00 por una cirugía o cita cosmética perdidas.
- Algunos procedimientos quirúrgicos tienen un número determinado de días que se incluyen en el paquete. Esto se denomina "periodo global". Las retiradas de suturas pueden entrar dentro del periodo global y no habrá que abonar ningún pago adicional. Sin embargo, si el proveedor analiza o realiza cualquier otra cosa además de la retirada de suturas, la visita ya no se considerará global y se facturará a su seguro. El paciente deberá abonar el saldo correspondiente.
- A los pacientes de los centros de cirugía ambulatoria se les puede cobrar una cuota de uso del centro. Las aseguradoras consideran los procedimientos en un centro de cirugía ambulatoria como cirugía ambulatoria, y usted puede tener una responsabilidad de desembolso más alta.

POLÍTICA DE RECAUDACIÓN:

- Si no hemos podido obtener de usted el pago total o mantener los acuerdos de pago programados después de 3 meses de intentos repetidos, la cuenta se entregará a una agencia de recaudación externa y se le pedirá que pague el saldo restante antes de programar una cita futura.

Este es un documento legal y, al firmarlo, usted acepta que entiende y acepta los términos de este formulario.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente (o tutor legal)

Fecha

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Reconozco que recibí, leí y comprendí la información proporcionada en los formularios de admisión de Frontier Dermatology, incluida la Notificación de prácticas de privacidad (HIPAA) y la Notificación de no discriminación a los pacientes.

Confirmando que la información que proporcionó es precisa y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que la información es esencial para que mi proveedor de atención médica me brinde una atención adecuada y eficaz.

Reconozco que la información que proporcioné será confidencial y solo se compartirá con profesionales de atención médica de interés según sea necesario para mi tratamiento y de conformidad con las reglamentaciones y leyes aplicables.

También comprendo mis derechos y responsabilidades como paciente, incluido el derecho a la privacidad, el derecho a recibir información sobre las opciones de tratamiento y mi responsabilidad de brindar información precisa y seguir el plan de tratamiento indicado.

Autorizo que el pago de la reclamación de beneficios se asigne a mi médico en Frontier Dermatology y autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones. Si no he proporcionado un seguro médico, confirmo que no tengo cobertura a la cual facturar y comprendo que el pago debe efectuarse en el momento del servicio.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica según se describe y acepto los términos descritos en los formularios de admisión para la atención médica.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente (o tutor legal)

Fecha

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento del paciente:	Edad del paciente:
Apellido legal del paciente:	Nombre legal del paciente:	
Nombre:		
Sexo asignado al nacer:	Sexo legal (género en tarjeta de identificación):	
Identidad de género:	Pronombres:	
Método de contacto preferido:	<input type="checkbox"/> Portal del paciente <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> No especificado <input type="checkbox"/> Rechazó recibir recordatorios	
Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
Correo electrónico:		
¿Quiere recibir notificaciones por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección postal:		
Ciudad, estado y código postal:		
Nombre completo del contacto de emergencia:		Teléfono del contacto de emergencia:

GARANTE (NECESARIO SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

Relación del paciente con el garante:	<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro:		
Apellido del garante:	Nombre del garante:		
Fecha de nacimiento del garante:			
¿La información de contacto es igual a la del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (complete la siguiente información)			
Dirección postal:			
Ciudad, estado y código postal:			
Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	
Correo electrónico:			

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PROVEEDOR DE REFERENCIA

¿Quién es su proveedor de atención primaria?	
¿Fue referido a nuestra oficina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿quién es el proveedor que lo refirió?	

SEGURO PRINCIPAL

¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del seguro:	
¿Es usted el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso negativo, relación del paciente con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra:	
Nombre del titular de la póliza:	Apellido del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Sexo de nacimiento del titular de la póliza:
¿La dirección de facturación es la misma que la del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (complete la siguiente información)	
Dirección postal:	

Ciudad, estado y código postal:		
Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		

SEGURO SECUNDARIO		
¿Tiene un plan de seguro médico secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del seguro:		
¿Es usted el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso negativo, relación del paciente con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra:		
Nombre del titular de la póliza:	Apellido del titular de la póliza:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Sexo de nacimiento del titular de la póliza:	
¿La dirección de facturación es la misma que la del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (complete la siguiente información)		
Dirección postal:		
Ciudad, estado y código postal:		
Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:
Teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		

ANTECEDENTES MÉDICOS: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente:

ANTECEDENTES MÉDICOS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Artritis	Enfermedad renal en etapa terminal (nefropatía)	Leucemia
Asma	Hepatitis (A/B/C)	Linfoma
Fibrilación auricular	Hipertensión	Radioterapia
Cáncer de mama	VIH/SIDA	Convulsiones
Enfermedad coronaria (enfermedad cardiovascular)	Colesterol alto	Accidente cerebrovascular
Diabetes	Hipotiroidismo o hipertiroidismo	NINGUNO

OTROS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN O ENUMERE A CONTINUACIÓN):

Enfermedades autoinmunes	Coagulopatías	Herpes labial	Formación de queloides	Esclerodermia
--------------------------	---------------	---------------	------------------------	---------------

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Carcinoma de células basales	Melanoma	Carcinoma de células escamosas
Ampollas por quemadura solar	Lunares precancerosos	Queratosis actínica
NINGUNO		

¿Usa protector solar? Sí No

¿Asiste a un centro de bronceado? Sí No Anteriormente

¿Algún familiar directo tiene antecedentes de melanoma? Sí No

¿Algún familiar tiene antecedentes de cáncer de piel (células basales, células escamosas, melanoma)? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿qué familiar(es)?

MEDICAMENTOS (INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS, JUNTO CON LA DOSIS Y LA FRECUENCIA, O ADJUNTE UNA LISTA):

ALERGIAS (INDIQUE TODAS LAS ALERGIAS):

Altura:

Peso:

ANTECEDENTES SOCIALES (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

¿Fuma?: Ahora Actualmente Nunca

¿Consume alcohol?: Nunca Cant. de bebidas por día:

Para pacientes mayores de 65 años: ¿Se vacunó contra la neumonía? Sí No

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CUALQUIER AFECCIÓN MÉDICA (SOLO FAMILIARES DE PRIMER GRADO; PADRES Y HERMANOS):

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: ¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS ACTUALMENTE? (MARQUE "SÍ" O "NO").

Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No
Pérdida de peso			Dificultad para respirar		
Depresión			Dolor en el pecho		
Dolor muscular			Aparición de moretones con facilidad		
Dolor en las articulaciones			Coágulos de sangre		
Fiebre			Adenopatía		

OTROS SÍNTOMAS:

ALERTAS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):

Alergia al pegamento o al látex	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM)
Alergia a la anestesia local	Marcapasos
Alergia a antibióticos tópicos	Debe tomar antibióticos antes de un procedimiento quirúrgico u odontológico
Válvula cardíaca artificial	Aumento de la frecuencia cardíaca con la epinefrina
Reemplazo artificial de una articulación	¿Está embarazada o busca quedar embarazada?
Anticoagulantes	¿Está amamantando?
Desfibrilador	

INFORMACIÓN FARMACÉUTICA:

Farmacia preferida:

Teléfono:

Ciudad o código postal: