



Advanced Dermatology and Skin Cancer Institute

Main Phone: (818) 906-6900

Surgery Center: (818) 906-2131 Fax: (818) 906-6903

www.theadsci.com www.linagedermatology.com

www.mdsurgicalsolutions.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **Idioma preferido:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Código postal: _____ **Sexo:** M F **Fecha de Nacimiento:** _____

Telefono: _____ **Trabajo:** _____ **Celular:** _____

Numero Social: _____ **Correo Electrónico:** _____ **Estado Civil:** C S V

Raza: Nativo Indio Americano o de Alaska O : Asiático O : Afroamericano O : Chino O : Filipino O : Guamana O Chamorro O : Japonés O : Koreano O : Nativo Hawaiano O otras Isleños del Pacífico O: Otros Asiáticos (ej.: Hmong, De Lao, Tailandia) O: Otras Islas del O : Otra raza O: Samoa O : Vietnamita O: Blanco O : Negar Informacion O

Origen étnico: No soy hispano o Latino O: Hispano o Latinos O: Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano O: Puertorriqueño O: Cubano O: Desconocido O: Negar Informacion O

Farmacia de Preferencia: _____ # De Teléfono _____

Calles Cruzantes _____ Ciudad _____

¿Usa tabaco?: NO SI # de paquetes que fuma diariamente: _____

Alergias (incluyendo alergias a medicamentos) y síntomas de la alergia:

Medicamentos que esta tomando:

REFERIDO POR:

POLÍZA FINANCIERA

Con el fin de establecer el servicio al cliente óptimo y evitar malos entendidos o confusión en cuanto a las políticas de pago, por favor asegúrese de preguntar acerca de nuestra poliza financiera en nuestra área de recepción. Pago es necesario para todos los servicios ya prestados. Debido a las características individuales de la piel, somos incapaces de garantizar los resultados de cualquier producto, procedimiento o servicio. Ventas son finales y no hay reembolsos. Si desea participar en cualquiera de los planes financieros o promocionales ofrecidos por esta oficina, por favor hable con un Consultor correspondiente antes del tratamiento. Por favor notifique a nuestra oficina 24 horas en avanzado si necesita cancelar su cita o cambiarla para otro dia. **Un pago de \$75 sera requerido en caso que no cancele o cambie su cita antes de las 24 horas.** Los pacientes deben pagar copagos aplicables y deducibles en la fecha de la visita. Aceptamos el pago en forma de efectivo, cheque, o tarjeta de credito o debito.

Su firma a continuación indica su comprensión y voluntad de cumplir con la poliza.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si no es el paciente, por favor, especifique la relación que tenga con el paciente: _____



Advanced Dermatology and Skin Cancer Institute

Main Phone: (818) 906-6900

Surgery Center: (818) 906-2131 Fax: (818) 906-6903

www.theadsci.com www.linagedermatology.com

www.mdsurgicalsolutions.com

INFORMACION MEDICA

Nombre: _____

Fecha: _____

Razón de la visita: _____

Área de la Piel Implicada: _____

Cuánto tiempo: _____

Síntomas Asociados: _____

Tiene Usted Dolor? _____

-> Severidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tiene Usted Comeson? _____

-> Severidad: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tratamientos Anteriores: 1) _____

2) _____

Otros: _____

Historia Médica:

Estado De Salud General (Círcule Uno) **Pobre Justo Buena Muy Buena Excelente**

	NO	SI		NO	SI
Problemas Del Acné			Diabetes		
Dificultades De Respiración			Eczema		
Problemas o síntomas cardiovasculares del pecho			Hepatitis C		
Actualmente embarazado (espacio en blanco masculino de la licencia)			HIV/SIDA		
Descoloración			Psoriasis		
Piel seca			Cáncer De la Piel		
Marcapasos			Úlceras Del Estómago		
Enfermedad Reciente			Tuberculosis		

Describa las condiciones de la historia medica de arriba y/o otros problemas médicos (si es aplicable):

Historia De Cirugía (describa por favor) (qué año?):

Historia de familiares que tienen/tuvieron cáncer de la piel y/o enfermedad de la piel (describa por favor):

Historia social

Usted utiliza: Alcohol: Sí No

Tabaco: Si No

Drogas: Si No

Socialmente Debes en cuando Mucho

Cuantos Paquetes fuma por semana: _____

Esta sobre expuesto al sol: Si No

Nombre y Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre y Firma del representantente: _____ Relacion: _____



Advanced Dermatology and Skin Cancer Institute

Main Phone: (818) 906-6900

Surgery Center: (818) 906-2131 Fax: (818) 906-6903

www.theadsci.com www.linagedermatology.com

www.mdsurgicalsolutions.com

POLIZA DE PAGO

Gracias por elegir nuestra práctica médica. Nos comprometemos a proporcionarle la mejor atención médica posible. La información siguiente proporcionada es para evitar cualquier confusión con respecto a los pagos de servicios médicos profesionales. Nuestro Departamento de facturación de seguro trabajará con usted para ver que su reclamo es presentado con precisión y rapidez.

Por favor firmar a continuación que usted ha leído y está de acuerdo con esta póliza.

- **Todos los deducibles y copagos se recogerán en el momento el día del servicio.**
- Si estamos en la red con su plan de seguro, no descartamos descontar nuestros servicios por cualquier cantidad adicional después de que su compañía de seguros ha procesado su reclamo y nos informó de su responsabilidad.
- Si no somos un proveedor contratado por su compañía de seguros, le facturaremos a ellos, como cortesía, en su nombre.
- **Es nuestra preferencia para establecer un plan de pago con tarjeta de crédito que se utilizará para la liquidación de los saldos de la cuenta.**

Yo autorizo a la dermatología avanzada e Instituto de cuidado de piel a cargo de destacados saldos en mi cuenta de la tarjeta de crédito siguiente:

Visa Mastercard Discover: Fecha: _____ Fecha de Hoy: _____
Número de Cuenta: _____ Fecha de Caducidad: _____ Código de Verificación: _____

Nombre en tarjeta (Printe): _____ Firma: _____

Autorización de una sola vez autorización para Medicare:

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre a Michael T. Lin MD., Por los servicios prestados. Autorizo poseedor de información médica sobre mí para liberar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Además, solicito que pagos de beneficios de Medi-gap autorizados se hagan para cualquiera yo o en mi nombre a Michael T. Lin MD., por los servicios de este proveedor. Yo autorizo a los beneficios o las prestaciones previstas para los servicios relacionados. **Iniciales aquí si es aplicable:** _____

TENGA EN CUENTA: Cuenta sin pagar saldos será evaluada y un sobrecargo de \$10.00 por mandarle de nuevo su factura por correo. Recargos comenzarán si no pagado su cuenta después de 90 días.

Si su cuenta está vencida por más de 120 días después de que su seguro ha pagado, se referirán a una agencia de colección. Esto se hace a regañadientes, como último recurso, después de que hemos agotado todos los esfuerzos para pago voluntario.

Nuevos pacientes y quienes no tienen seguro, es requerido a pagar en el momento del servicio con tarjeta de crédito o efectivo. No Aceptamos cheques personales.

Tenga en cuenta que "Chemical Peels" ya no están cubiertos por la mayoría de las compañías seguros.

Poliza por NO llegar a su Cita:

Por favor notifique a nuestra oficina 24 horas antes, si usted es incapaz de mantener su cita programada. Si no nos notifican y falta a su cita totalmente, es requerido que usted pague una cuota de \$75.00 por faltar a su cita o cancelar después de las 24 horas requeridas.

Reconocimiento y Autorización:

He leído, comprendido y acepto la póliza de pago. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como co-pagos y deducibles, son mi responsabilidad.

Yo autorizo a mis beneficios de seguros a pagar directamente a: **Michael T. Lin, M.D.**

NOMBRE Y FIRMA DE PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE Y FIRMA DE REPRESENTANTE: _____ **RELACION:** _____

HIPAA CONSENTIMIENTO DE PACIENTE



Advanced Dermatology and Skin Cancer Institute

Main Phone: (818) 906-6900

Surgery Center: (818) 906-2131 Fax: (818) 906-6903

www.theadsci.com www.linagedermatology.com

www.mdsurgicalsolutions.com

Nuestro aviso de las prácticas de el aislamiento proporciona la información sobre cuántos podemos utilizar y divulgar la información protegida de la salud sobre usted. El aviso contiene una sección describiendo sus derechos bajo ley. Usted tiene la derecho de repasar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada entrando en contacto con nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar cómo la información protegida de la salud sobre usted se utiliza o se divulga para el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico. Nos no requieren convenir esta restricción, sino que si lo hacemos, honraremos ese acuerdo.

Firmando esta forma, usted consiente a nuestro uso y acceso de la información protegida de la salud sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado médico. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, en la escritura, firmada por usted. Sin embargo, tal revocación no afectará ningún acceso que hemos hecho ya en confianza con usted en consentimiento previos. La práctica proporciona esta forma para conformarse con la portabilidad del seguro médico un acto de la responsabilidad de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende esto: .

- La información protegida de la salud se puede divulgar o utilizar para el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico.
- La práctica tiene un aviso de las prácticas de el aislamiento y ésa el paciente tiene la oportunidad de repasar este aviso.
- La práctica reserva el derecho de cambiar el aviso de las prácticas o de el aislamiento.
- El paciente tiene el derecho de restringir las aplicaciones de su información pero la práctica no tiene que convenir esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento en la escritura en cualquier momento y todos los accesos futuros entonces cesarán.
- La práctica puede condicionar el recibo del tratamiento sobre la ejecución de este consentimiento.

Nombre y Firma de Paciente

Fecha:

Nombre y Firma de Representante

Relacion:

Testigo: _____

Nombre y Firma- Para uso de oficina solamente

Fecha: