Nombre impreso del paciente o tutor legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Yo entiendo y acepto que soy responsable de los cargos totales por los servicios prestados, y que Elite Dermatology puede facturar a mi compañía de seguros, si corresponde, como cortesía.

En consideración de los servicios prestados, por la presente asigno y transfiero irrevocablemente a Elite Dermatology para mí y mi "dependiente", si corresponde, todos los derechos, títulos e intereses sobre los beneficios pagaderos por los servicios prestados que se proporcionan en cualquier póliza de seguro o planes de salud grupales bajo los cuales estamos asegurados o brindamos cobertura para beneficios de salud con el fin de otorgar a Elite Dermatology un derecho independiente de recuperación basado en mis derechos bajo dichas pólizas o planes de salud grupales. ESTA ES UNA ASIGNACION DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS BAJO ESTA POLITICA.

Por la presente nombro a Elite Dermatology como mi(s) representante(s) y apoderado(s) debidamente autorizado(s) para actuar en nuestro nombre, para solicitar el pago de mis reclamaciones de beneficios y ejercer mis derechos a la cobertura médica y los beneficios que se derivan de dicha cobertura, para presentar apelaciones relacionadas con dichos reclamos y para solicitar documentos relevantes a dichos reclamos y dirigir y autorizar a cualquier pagador a comunicarse con dicho(s) representante(s) autorizado(s) con respecto a todos nuestros reclamos de beneficios con respecto a Elite Dermatology.

Por la presente dirijo el pago de dichos planes, políticas y programas directamente a Elite Dermatology por los servicios y artículos proporcionados a mí y a mis dependientes. En caso de que se me realice un pago en contra de este acuerdo, entregare de inmediato el pago total a Elite Dermatology.

Además, asigno a Elite Dermatology y sus agentes todos los derechos, reclamos o causas de acción que pueda tener para solicitar y obtener documentos de cualquier plan de salud y sus aseguradoras afiliadas, empleadores y administradores externos que se relacionen con la cobertura o no cobertura de beneficios o pago de cargos por servicios médicos prestados, incluidos, entre otros, mi certificado de cobertura, póliza y/o descripción resumida del plan; cualquier póliza maestra o documento del plan rector que difiera del certificado de cobertura, póliza y/o descripción resumida del plan; copias de cualquier política o procedimiento utilizado para decidir mi reclamo; y una copia completa de cualquier otra información de adjudicación de reclamos para que Elite Dermatology pueda determinar si se llevó a cabo una revisión completa y justa de mi reclamo.

Asigno a Elite Dermatology y sus agentes mis derechos y cualquier reclamo o causa de acción que pueda tener para cobrar cualquier penalización por el hecho de que mi plan de salud no haya producido oportunamente esta información requerida.

Si mi cuenta se vuelve morosa y se remite a un abogado o agencia de cobranza, acepto pagar todos los cargos, intereses desde la fecha de vencimiento al dieciocho por ciento (18%) o la tasa máxima permitida por la ley, honorarios razonables de abogados, costos y gastos de cobranza.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

FORMULARIO DE POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Elite Dermatology como su proveedor de atención médica. Brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes es nuestra principal preocupación. A continuación, se presenta un resumen de nuestra política financiera. Estaremos encantados de proporcionar una mayor aclaración si es necesario. Le solicitamos que lea y firme lo siguiente para reconocer que se le ha informado acerca de su responsabilidad financiera por los servicios médicos prestados en este centro.

Le facturaremos a su compañía de seguros como le cortesía si somos un proveedor designado en su plan de seguro. Aceptamos Medicare y presentaremos todas las reclamaciones para pacientes con Medicare, así como para cualquier seguro secundario. Si su seguro es un plan para el cual no somos un proveedor designado, estaremos más que dispuestos a prestarle atención y usted será responsable del pago en el momento del servicio.

Para facturar correctamente a su compañía de seguros, necesitamos que revele toda la información de su seguro, incluyendo el seguro primario y secundario, así como cualquier cambio de nombre, dirección o información de seguro. La falta de proporcionar información completa del seguro y personal puede resultar en que el paciente sea responsable de la totalidad de la factura. Si desea ser atendido en Elite Dermatology, usted es responsable del pago de todos los copagos y/o cargos deducibles en el momento del servicio. Un miembro del le explicará nuestra mejor estimación de los costos probables involucrados en su(s) procedimiento(s) y revisará su responsabilidad financiera. Dado que el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, es ésta última la que determina de manera final su elegibilidad y beneficios. Una vez que su reclamación de seguro haya sido procesada, se le enviará una decisión oficial en forma de EDB (explicación de beneficios). Entiendo que, si mi seguro no paga, yo seré responsable del pago. Recuerde que las pólizas de seguro podrían no cubrir todas las afecciones y costos, incluso algunos cuidados que usted y su proveedor de atención médica tengan buenas razones para considerar necesarios. Para estar completamente informado sobre su calendario de beneficios, lea su póliza de seguro o comuníquese con un representante de seguros.

Algunos procedimientos realizados en Elite Dermatology se consideran cosméticos y no estarán cubiertos por el seguro, por lo que usted será financieramente responsable de estos servicios. Cualquier análisis de laboratorio que requiramos, pero que no realicemos internamente, se enviará a un laboratorio externo según lo requiera su seguro. Puede que reciba una factura separada por los servicios de laboratorio. Aceptamos pagos en efectivo y con tarjeta de crédito o débito. No aceptamos cheques.

Las citas de telemedicina pueden no estar cubiertas por su seguro; en ese caso, usted será responsable del costo de auto pago.

Los estados de cuenta y la correspondencia de facturación se envían únicamente cuando usted tiene un saldo en su cuenta. Estos mostrarán si su compañía de seguros ha cumplido con su obligación de pagar las reclamaciones de manera oportuna, además de reflejar los pagos realizados por el seguro y su saldo restante. En algunos casos, después de que se hayan pagado los saldos correspondientes al seguro y al auto pago, usted puede tener un crédito en su cuenta. Si tiene una cita próxima, este crédito se mantendrá en su cuenta para aplicarse a futuras visitas. Si no tiene una cita próxima, se procesará un reembolso (mediante tarjeta de

crédito o cheque) por todos los créditos superiores a $20. Los créditos inferiores a $20 permanecerán en su cuenta para uso futuro, a menos que usted (el paciente) solicite específicamente la devolución de los fondos. Si el saldo no se utiliza o no se recibe comunicación de su parte respecto a este saldo en 3 años, la ley estatal nos obliga a reportar dicho saldo al Estado como propiedad no reclamada.

Si no va a poder asistir a una cita programada, se solicita un aviso con 48 horas de antelación. De no hacerlo, nos reservamos el derecho de cobrar la siguiente tarifa por "cancelación tardía o inasistencia":

$50.00 por una visita a la oficina | $100.00 por una visita de procedimiento (cirugía) | $100.00 por citas de cirugía cosmética o MOHS

Usted tiene derecho a obtener una copia de su historial médico. Se podrá generar un cargo por dicha solicitud. Para contactar al departamento de facturación: llame al 1-888-222-2125 y marque la extensión 888.

He leído esta política financiera y entiendo que tengo la responsabilidad financiera de pagar los servicios médicos prestados por Elite Dermatology, y por la presente asumo y garantizo el pago de todos los gastos incurridos durante mi visita a la oficina. En caso de que se requiera acción legal para asegurar el pago de esta cuenta, acepto pagar los gastos legales incurridos por esta oficina.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

POLÍTICA DE TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO

Gracias por elegir Elite Dermatology para sus necesidades dermatológicas. El propósito de esta política es garantizar que todos los pacientes tengan una forma conveniente y eficiente de pagar por su atención médica.

1. Requisitos

Todos los pacientes están obligados a mantener una tarjeta de crédito en archivo con Elite Dermatology. La tarjeta de crédito debe estar a nombre del paciente o del representante autorizado del paciente (tutor).

2. Uso de la Tarjeta de Crédito en Archivo

Después de su visita con nosotros, su seguro puede tardar entre 14 y 21 días en procesar sus beneficios y determinar la responsabilidad del paciente. Una vez que su seguro haya determinado que una parte de su factura es responsabilidad del paciente, su saldo se cargará **inmediatamente** a la Tarjeta de Crédito en Archivo. Puede comunicarse con nosotros o con nuestro equipo de facturación y estaremos encantados de ayudarle en todo lo que podamos. Nuestro equipo de facturación está disponible por teléfono en todos los días laborables (# 888-222-2125, extensión 888).

Para mayor comodidad, una tarjeta de crédito en archivo puede facilitar **los reembolsos**, ya que a veces queda un saldo positivo después de la adjudicación de reclamaciones del seguro.

Si tiene una próxima cita, este saldo se mantendrá en su cuenta para aplicarlo a futuras visitas. Si no tiene una próxima cita, se procesará un reembolso (a través de la tarjeta de crédito en archivo o cheque) para todos los créditos superiores a $20. Los créditos inferiores a $20 permanecerán en su cuenta para uso futuro, a menos que usted (el paciente) solicite específicamente la devolución de los fondos. Si el saldo no se utiliza o no ha habido comunicación sobre este saldo en 3 años, estamos obligados por ley estatal a reportarlo como propiedad no reclamada.

La tarjeta de crédito en archivo también se utilizará para cubrir tarifas por ausencias sin aviso, así como cualquier saldo pendiente de compras de productos o servicios estéticos.

3. Tarifas por Ausencias sin Aviso/Cancelaciones Tardías
Se cobrará una tarifa de cancelación tardía de **$50** a cualquier paciente que no cancele su cita médica con al menos 48 horas de anticipación. Se puede aplicar una tarifa de ausencia sin aviso de **$50** si el paciente no se presenta a su cita. La tarifa de cancelación tardía y ausencia sin aviso para cirugías, procedimientos estéticos o Mohs es de **$100**. Las tarifas por ausencias sin aviso y cancelaciones tardías se cargarán automáticamente a la tarjeta de crédito en archivo.

4. Disputas de Tarjeta de Crédito
Para evitar disputas fraudulentas de pagos y cancelaciones, se aplicará una tarifa nominal de **$25** en todos los casos en los que Elite Dermatology haya seguido todos los procedimientos y protocolos.

5. Cambios en la Información de la Tarjeta de Crédito
Los pacientes son responsables de mantener actualizada la información de su tarjeta de crédito. Si la tarjeta de crédito en archivo vence o se pierde, el paciente debe notificar de inmediato a Elite Dermatology.

6. Seguridad
Elite Dermatology toma muy en serio la seguridad de la información del paciente. La información de la tarjeta de crédito en archivo se almacenará electrónicamente de manera segura y en cumplimiento con PCI, y no se compartirá con terceros.

Consentimiento

Al firmar esta política, acepto mantener una tarjeta de crédito en archivo con Elite Dermatology. Autorizo el uso de la tarjeta de crédito en archivo para pagar cualquier saldo pendiente después de la adjudicación de reclamaciones del seguro, así como para cubrir tarifas y cargos según lo especificado anteriormente. Confirmo que soy personalmente responsable de mantener mi información de tarjeta de crédito actualizada.

Firma del paciente o tutor autorizado

_____

RESUMEN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POA FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Esta es una versión resumida de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. Nuestro Aviso completo sigue este resumen. Entendemos que su información medica es personal para usted y estamos comprometidos a proteger su información. Como nuestro paciente, creamos registros médicos sobre su salud, la atención que le brindamos y los servicios o artículos que le brindamos como nuestro paciente. Por ley, estamos obligados a asegurarnos de que su información de salud protegida se mantenga privada.

¿Como usaremos o divulgaremos su información? Estas son algunos ejemplos (para obtener más detalles, consulte el Aviso de prácticas de privacidad qua sigue a este resumen):

- Para tratamiento medico
- Para investigación
- Para obtener el pago de nuestros servicios
- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad
- En situaciones de emergencia
- Para la donación de órganos y tejidos
- Para recordatorios de citas y retiro de pacientes
- Para programas de compensación de trabajadores
- Para operar nuestra practica de manera más eficiente *y* garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad.
- En respuesta a ciertas solicitudes derivadas de juicios u otras disputas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la Práctica o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante la Práctica, comuníquese con nuestro controlador. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Tiene ciertos derechos con respecto a la información que mantenemos sobre usted. Estos derechos incluyen:

- El derecho a inspeccionar y copiar
- El derecho a solicitar restricciones
- El derecho a enmendar
- El derecho a una copia impresa de este aviso
- El derecho a la rendición de cuentas de las divulgaciones
- El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Para obtener más información sobre estos derechos, consulte el Aviso de prácticas de privacidad detallado que sigue a este resumen.

Firma del paciente o tutor autorizado

_____

CTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDA A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (“HIPPA") es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud identificable individualmente utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, se conserven correctamente. confidencial. Esta Ley le otorga a usted, el paciente, el derecho de comprender y controlar como se utiliza su información médica protegida ("PHI”). HIPAA prevé sanciones para las entidades cubiertas que hagan mal uso de la información médica protegida.

Como lo requiere HIPAA, preparamos esta explicación de cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos divulgada su información personal.

Podemos usar y divulgada sus registros médicos solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago y operación de atención médica.

- Tratamiento significa brindar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluye referirlo a un especialista en retina.
- Pago significa actividades tales como obtener el reembolso de los servicios, confirmar la cobertura, actividades de facturación o cobro y revisión de la utilización. Un ejemplo de esto incluiría enviar a su compañía de seguros una factura por su visita y/o verificar la cobertura antes de una cirugía.
- Las operaciones de atención medica incluyen aspectos comerciales de la ejecución de nuestra práctica, como la realización de evaluaciones de calidad y la mejora de actividades, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo de esto serán las nuevas tarjetas de encuesta para pacientes.
- La práctica también puede divulgar su PHI para hacer cumplir la ley y otras razones legítimas, aunque haremos todo lo posible para asegurar su confidencialidad continua en la medida de lo posible.

También podemos crear y distribuir información de salud anonimizada eliminando toda referencia a información de identificación individual.

Es posible que nos comuniquemos con usted, por teléfono o por escrito, para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, además de otras comunicaciones de recaudación de fondos que puedan ser de su interés. Tiene derecho a "optar para no recibir nuestras comunicaciones sabre recaudación de fondos.

Los siguientes usos y divulgaciones de la PHI solo se realizarán en virtud de que recibamos una autorización por escrito de usted:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Usos y divulgación de su PHI para fines de marketing, incluido el tratamiento subsidiado y las operaciones de atención médica.
- Divulgaciones que constituyen una venta de PHI bajo HIPAA y otros usos y

divulgaciones no descritos en este aviso.

Puede revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a honrar y acatar esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tornado medidas con base en su autorización.

Usted puede tener los siguientes derechos con respecto a su PHI:

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de PHI, incluidos aquellos relacionados con divulgaciones de familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a cumplir con una restricción de solicitud, excepto en circunstancias limitadas que le explicaremos si lo solicita. Si aceptamos la restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarla.
- El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medics alternativas o en lugares alternatives.
- El derecho a inspeccionar y copiar su. PHI. El derecho a modificar su PHI.
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su PHI.
- El derecho a obtener una copia en papel de este aviso de nosotros a pedido.
- El derecho a ser informado si su PHI no protegida se divulga intencionalmente o no.

Si ha pagado los servicios de su bolsillo en su totalidad, y solicita que no divulguemos la PHI relacionada (nicamente con esos servicios a un plan de salud, aceptaremos su solicitud, excepto cuando la ley nos exija hacer una divulgación.

La ley nos exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y nuestra practica de privacidad con respecto a la PHI. Este aviso entra en vigencia a partir del 01/01/2018 y es nuestra intención cumplir con los términos del Aviso de Practicas de Privacidad *y* las Regulaciones HIPAA actualmente vigentes. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad y hacer que la nueva disposición de aviso sea efectiva para toda la PHI que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita del Aviso de Practicas de Privacidad revisado de nuestra oficina.

Tiene derecho a recurrir si considera que nuestra oficina ha violado sus protecciones. Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito en nuestra oficina o en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Siéntase libre de comunicarse con el Oficial de Cumplimiento de la Practica per escrito para obtener más información.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y comprende nuestro Aviso de Practicas de Privacidad y da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información medica protegida con el propósito de tratamiento, cobertura y pago de su compañía de seguros médicos y operaciones generales de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito con su firma.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Este documento está destinado a informar a nuestros pacientes sobre sus derechos y responsabilidades mientras reciben atención médica. En la medida permitida por la ley. los derechos del paciente se pueden delinear en nombre del paciente al tutor del paciente, pariente más cercano o persona responsable legalmente autorizada si el paciente (a) ha sido declarado incompetente de acuerdo con la ley. (b) se determina que es medicamente incapaz de comprender el tratamiento o procedimiento propuesto, (c) no puede comunicar sus deseos con respecto al tratamiento, o (d) es menor de edad. Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de este aviso. notifique a cualquier miembro del personal.

Derechos del Paciente

1. **Acceso a la atención.** Se le proporcionara acceso imparcial al tratamiento y los servicios dentro de la capacidad y disponibilidad de esta práctica y de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables. Esto es cierto independientemente de la raza, el credo, el sexo, el origen nacional, la religión, la orientación sexual, la identidad de genera, la discapacidad o minusvalía, o la fuente de pago de la atención o los servicios.
2. **Respeto y Dignidad.** Tiene derecho a una atención y servicios considerados y respetuosos en todo momento y en todas las circunstancias. Esto incluye el reconocimiento de variables psicosociales, espirituales y culturales que pueden influir en la percepción de su enfermedad.
3. **Privacidad y confidencialidad.** Tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal e informativa Esto incluye el derecho a:
   - Ser entrevistado y examinado en un entorno que asegure una privacidad razonable
   - Tener una persona de su mismo sexo presente durante un examen físico o tratamiento
   - No permanecer desnudo por más tiempo del necesario para llevar a cabo el tratamiento o los servicios.
   - Solicitar el traslado a otra sala de tratamiento si una visitante molesta de forma irrazonable
   - Espere que cualquier conversación o consulta sobre la atención se lleve a cabo con discreción.
   - Esperar que todas las comunicaciones escritas relacionadas con la atención sean tratadas como confidenciales
   - Espere que los registros médicos sean leídos únicamente por personas directamente involucradas en la atención, las actividades de control de calidad o el procesamiento de reclamos de seguros. Ninguna otra persona tendrá acceso sin su autorización por escrito.
4. **Seguridad personal.** Tiene derecho a esperar una seguridad razonable con respecto a los procedimientos y el entorno de la práctica.
5. **Identidad.** Tiene derecho a conocer la identidad y el estado profesional de cualquier persona que brinde servicios y que medico u otro profesional es el principal responsable de su atención.
6. **Información.** Tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida en que se conozca), su tratamiento y cualquier pronostico conocido. Esta información debe comunicarse en términos que usted comprenda.
7. **Comunicación.** Si no habla o no entiende el idioma predominante de la comunidad, debe tener acceso a un intérprete. Esto es particularmente cierto cuando las barreras del idioma son un problema continuo.
8. **Consentir.** Tiene derecho a la información que le permita, en colaboración con el médico,

tomar decisiones de tratamiento.

- Las discusiones de consentimiento incluirán una explicación de la condición, los riesgos y beneficios del tratamiento y las consecuencias de no recibir tratamiento.
- Excepto en el caso de incapacidad o emergencia que amenace su vida, no será sometido a ningún procedimiento a menos que proporcione su consentimiento voluntario por escrito
- Se le informara si el consultorio propone participar en proyectos de investigación o experimentales que afecten su atención o servicios. Si es su decisión no participar, continuara recibiendo la atención más efectiva que la practica brinda.

9. **Consulta.** Tiene derecho a aceptar o rechazar la atención medica en la medida permitida por la ley. Sin embargo, si rechazar el tratamiento impide que la practica brinde la atención adecuada de acuerdo con los estándares éticos y profesionales, su relación con esta práctica puede terminar con un aviso razonable.
10. **Cargos.** Independientemente de la fuente de pago de la atención brindada, tiene derecho a solicitar y recibir explicaciones detalladas y detalladas de cualquier servicio facturado.
11. **Reglas y regulaciones.** Se le informara de las normas y reglamentos de la practica con respecto a su conducta como paciente en este centro. Además, tiene derecho a recibir información sobre el inicio, la revisión y la resolución de las quejas de los pacientes.

Responsabilidades del Paciente

1. **Manténganos informados con precisión.** Tienes la responsabilidad de proporcionar, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud, incluidos los cambios inesperados en su estado.
2. **Siga su plan de tratamiento.** Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico. Esto puede incluir seguir las instrucciones del personal de atención medica mientras llevan a cabo el plan de atención coordinado, implementan las órdenes del médico y hacen cumplir las normas y reglamentos de practica aplicables.
3. **Mantenga sus citas.** Usted es responsable de asistir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, de notificar esta práctica.
4. **Asumir la responsabilidad por el incumplimiento.** Usted es responsable de sus acciones si no sigue las Instrucciones del médico. Si no puede cumplir con el plan de tratamiento recetado, es responsable de informar al médico.
5. **Sea responsable de sus obligaciones financieras.** Usted es responsable de garantizar que las obligaciones financieras de los servicios de atención medica se cumplan lo antes posible y de proporcionar información actualizada sobre el seguro.
6. **Sea considerado con los demás.** Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal y de ayudar a controlar el ruido, el tabaquismo y la cantidad de visitantes. También es responsable de ser respetuoso con la propiedad de la práctica y la propiedad de otras personas que visiten la práctica.
7. **Sea responsable de las opciones de estilo de vida.** Su salud depende no solo de la atención brindada en este centro, sino también de las decisiones a largo plazo que toma en la vida diaria. Usted es responsable de reconocer los efectos de estas decisiones en su salud.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

POLITICA DE CANCELACION V REEMBOLSOS DE COSMETICOS

Elite Dermatology entiende que a veces es necesario posponer o cancelar una cita. Revise nuestras pautas para tales situaciones y asegúrese de notificarnos lo antes posible si tiene un cambio de planes que requiere una reprogramación o cancelación.

Si surgiera una situación que pudiera hacer que reprograme, posponga o cancele un procedimiento cosmético, Elite Dermatology requiere un aviso de cancelación de 48 horas.

Si cancela cualquier procedimiento cosmético con menos de 48 horas de anticipación, perderá su depósito no reembolsable como cargo por no presentarse. También estará sujeto a una tarifa de cancelación del 10% del cargo total.

Todos los servicios cosméticos prepagos y las series/paquetes de procedimientos DEBEN usarse dentro de los 12 meses (1 ano) posteriores a la compra. Cualquier deposito o dinero pagado por servicios cosméticos que no se utilice dentro de los 12 meses posteriores al pago se perderá como cargo por no presentarse.

Cualquier deposito o pago de cirugía plástica que no se utilice dentro de los 12 meses (1 ano) del pago se perderá como cargo por no presentarse.

Una vez que se prestan los servicios o se venden los productos, no hay reembolsos. Los procedimientos cosméticos vienen sin garantía (garantizada o implícita) de ningún resultado determinado. La falta de mejora percibida en la condición de uno no se traduce en ningún tipo de reembolso.

Agradecemos su cortesía. Gracias por elegir Elite Dermatology.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

CONSENTIMIENTO PARA ASISTENTE MÉDICO

Consentimiento para Evaluación y/o Tratamiento: Elite Dermatology

Esta instalación cuenta con un asistente médico en su equipo para ayudar en la prestación de atención médica.

Un asistente médico no es un doctor. Es un profesional que ha completado un programa de capacitación certificado y está autorizado por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas y crónicas comunes, así como brindar atención de mantenimiento de la salud.

La "supervisión" no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino más bien la supervisión de las actividades y la aceptación de la responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un asistente médico puede brindar servicios médicos dentro de su educación, capacitación y experiencia, los cuales pueden incluir:

• Obtener historiales médicos y realizar exámenes físicos• Ordenar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos• Formular un diagnóstico inicial• Desarrollar e implementar un plan de tratamiento• Monitorear la efectividad de las intervenciones terapéuticas• Realizar cirugías menores• Brindar asesoramiento y educación• Suministrar muestras de medicamentos y prescribir recetas (donde lo permita la ley)• Realizar procedimientos estéticos: rellenos dérmicos, Botox, Dysport, Jeuveau, Daxxify, inyecciones de PRP• Realizar las referencias médicas apropiadas

He leído lo anterior y por la presente doy mi consentimiento para recibir servicios de un asistente médico para mis necesidades de atención médica.

Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ver al asistente médico y solicitar ser atendido por un médico.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

CONSENTIMIENTO PARA SMS/EMAIL/COMUNICACIONES

Por la presente, doy mi consentimiento y declaro mi preferencia para que el personal de Elite Dermatology se comunique conmigo por correo electrónico, mensajes SMS estándar, mensajes de texto no cifrados y servicios basados en la nube para transmitir la información personal que proporciono en este documento, y para comunicarse conmigo respecto a diversos aspectos de mi atención médica, lo cual puede incluir, pero no se limitará a, resultados de pruebas, recetas, facturación, recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios, servicios e información relacionados con la salud, además de otras comunicaciones de recaudación de fondos que puedan ser de mi interés.
Entiendo que el correo electrónico, los mensajes SMS estándar, los mensajes de texto no cifrados y los servicios basados en la nube no son métodos de comunicación confidenciales y pueden no ser seguros. Asimismo, comprendo que, debido a esto, existe el riesgo de que dichos medios de comunicación relacionados con mi atención médica puedan ser interceptados y leídos por un tercero.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente durante tres (3) años después de que deje de ser paciente de Elite Dermatology y que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

Consentimiento para el procedimiento en el consultorio médico/quirúrgico Elite Dermatology

Con mi firma a continuación, reconozco lo siguiente:

Doy mi consentimiento para que Elite Dermatology, PLLC realice los procedimientos médicos, quirúrgicos y/o cosméticos recomendados.

El Procedimiento me ha sido explicado en términos que entiendo. La explicación del procedimiento incluyo:

- La naturaleza y alcance del Procedimiento a realizar.
- Los riesgos más frecuentes del Procedimiento involucrado, y aquellos riesgos que es poco probable que ocurran, pero que pueden tener consecuencias graves si ocurrieran.
- Los riesgos generales del Procedimiento, incluidos dolor, cicatrices, sangrado e infección.
- Los beneficios del Procedimiento.
- El periodo estimado de incapacidad o convalecencia relacionada con el Procedimiento, en su caso.
- Los riesgos y beneficios de cualquier alternativa razonable al Procedimiento, incluido no recibir tratamiento alguno.

Tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el Procedimiento, y esas preguntas han sido respondió a mi satisfacción.
Me dieron la opción y oportunidad de consultar con otro proveedor sobre el Procedimiento.

Entiendo que puedo rechazar cualquier procedimiento medico/quirúrgico en cualquier momento antes de su realización.

Autorizo a mi proveedor a realizar aquellos procedimientos adicionales que, a su juicio, sean incidentalmente necesarios o apropiados para llevar a cabo mi diagnostico/tratamiento.

Si surge alguna condición imprevista durante el Procedimiento que requiera transporte a un hospital, procedimientos, operaciones o medicamentos adicionales, incluidos, entre otros, anestesia y transfusiones de sangre, además solicito y autorizo a mi proveedor a hacer lo que considere aconsejable. en mi nombre.

Soy consciente d que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ban dado garantías sobre los resultados de este Procedimiento.

Autorizo que se puedan utilizar fotografías medicas con fines médicos, científicos o educativos, siempre que mi identidad no se revele en la foto o el texto.

Reconozco que he leído y entiendo completamente la información anterior. Por la presente autorizo a mi proveedor a realizar cualquier procedimiento recomendó.

Firma del paciente o tutor autorizado:_____

Preferencias de Información Médica

Por favor, complete la siguiente información.

¿Podemos enviarle recordatorios de su cita a través de mensajes de texto en su teléfono móvil?

Sí No (por favor, marque uno)

¿Podemos dejar mensajes relacionados con información médica o citas en su: Teléfono móvil?

Sí No (por favor, marque uno)

Correo electrónico?

Sí No (por favor, marque uno)

Mensaje breve o detallado

Sí No (por favor, marque uno)

Autorizo la divulgación de información, incluyendo el diagnóstico, registros, exámenes realizados y datos de reclamaciones, a las siguientes personas (incluir nombre, número de teléfono y relación con el paciente):

Contacto de emergencia (incluir nombre, número de teléfono y relación con el paciente):

LISTA DE VERIFICACIÓN MIPS

Por favor, complete las siguientes preguntas aplicables:
Si tiene 12 años o más: hábitos de tabaquismo (por favor, marque uno de los siguientes):

☐ Nunca ha fumado
☐ Fumador actual (todos los días)
☐ Fumador actual (algunos días)
☐ Exfumador
☐ No aplica

Si tiene 65 años o más: ¿tiene un apoderado de atención médica (poder médico)? (por favor, marque uno)

☐ Sí
☐ No
☐ No aplica

Si cumplió 13 años o cumplirá 13 este año: ¿ha recibido la vacuna contra el VPH? (por favor, marque uno)

☐ Sí
☐ No
☐ No aplica

Si cumplió 13 años o cumplirá 13 este año: ¿ha recibido la vacuna TDAP? (por favor, marque uno)

☐ Sí
☐ No
☐ No aplica

Si cumplió 13 años o cumplirá 13 este año: ¿ha recibido la vacuna contra la meningococia? (por favor, marque uno)

☐ Sí
☐ No
☐ No aplica

SOLO SI ha sido diagnosticado con psoriasis, dermatitis atópica, eczema y/o dermatitis no especificada, en una escala del 1 al 10, califique su nivel de picazón:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No aplicable

Firma del paciente o tutor autorizado

_____

Nombre en letra de imprenta del paciente o tutor autorizado

_____