Formularios del paciente

Revise las políticas y los consentimientos, responda las preguntas que correspondan y firme al final.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Constancia de conocimiento de la política de acompañamiento de pacientes menores de edad

Esta política se aplica únicamente a pacientes menores de 18 años, con las excepciones que se indican a continuación.

Elite Dermatology & Plastic Surgery requiere que el paciente menor de edad acuda a su primera consulta acompañado de uno de sus padres o de un tutor legal que tenga la autoridad legal para dar su consentimiento para la atención del menor.

En las citas posteriores a la primera consulta, otro adulto podrá acompañar al paciente menor de edad únicamente si Elite ha recibido y aceptado, antes de la cita, el formulario independiente de Autorización para tratar a un paciente menor de edad en ausencia de sus padres o tutor. Esta constancia no autoriza a otro adulto a acompañar al paciente menor de edad ni a dar su consentimiento para la atención.

Esta política está sujeta a las leyes aplicables, incluidas las excepciones para menores que puedan dar legalmente su propio consentimiento para la atención, pacientes con una orden judicial u otro acuerdo de consentimiento reconocido legalmente, y circunstancias en las que sea clínicamente apropiada una evaluación o remisión urgente.

Si no está presente el padre, la madre, el tutor legal o el adulto autorizado que se requiere, o si no se ha recibido y aceptado la autorización escrita requerida antes de la cita, Elite podrá posponer los servicios que no sean urgentes y reprogramar la cita.

Puede solicitar el formulario en cualquier momento. Elite debe recibirlo y aceptarlo antes de que otro adulto acompañe al paciente menor de edad a una cita futura.

☐ Reconozco que he leído y comprendido esta política, en la medida en que se aplique al paciente.

Cesión de beneficios

Entiendo y acepto que soy responsable de la totalidad de los cargos por los servicios prestados y que Elite Dermatology puede facturar a mi compañía de seguros, si tengo una, como cortesía.

En contraprestación por los servicios prestados, por la presente cedo y transfiero irrevocablemente a Elite Dermatology, en mi nombre y en el de mi «dependiente», si corresponde, todos los derechos, la titularidad y los intereses sobre los beneficios pagaderos por los servicios prestados que estén contemplados en cualquier póliza de seguro o plan de salud colectivo bajo el cual estemos asegurados o tengamos cobertura de beneficios de salud, con el fin de otorgar a Elite Dermatology un derecho independiente de cobro basado en mis derechos conforme a dichas pólizas o planes de salud colectivos. ESTA ES UNA CESIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y BENEFICIOS CONFORME A ESTA PÓLIZA.

Por la presente designo a Elite Dermatology como mi representante debidamente autorizado y apoderado para actuar en nuestro nombre, solicitar el pago de mis reclamaciones de beneficios y ejercer mis derechos a la cobertura médica y a los beneficios derivados de dicha cobertura, presentar apelaciones relacionadas con esas reclamaciones y solicitar documentos pertinentes a ellas. Asimismo, instruyo y autorizo a cualquier pagador a comunicarse con dicho representante autorizado acerca de todas nuestras reclamaciones de beneficios relacionadas con Elite Dermatology.

Por la presente instruyo que los pagos conforme a cualquiera de esos planes, pólizas y programas se efectúen directamente a Elite Dermatology por los servicios y artículos que se nos proporcionen a mí y a mis dependientes. En caso de que se me efectúe un pago contrario a este acuerdo, entregaré de inmediato la totalidad del pago a Elite Dermatology.

Además, cedo a Elite Dermatology y a sus agentes todos los derechos, reclamaciones o causas de acción que pueda tener para solicitar y obtener documentos de cualquier plan de salud y de sus aseguradoras afiliadas, empleadores y administradores externos que se relacionen con la cobertura o la falta de cobertura de beneficios, o con el pago de cargos por la atención médica prestada. Estos documentos incluyen, entre otros, mi certificado de cobertura, póliza y/o descripción resumida del plan; cualquier póliza maestra o documento rector del plan que difiera del certificado de cobertura, la póliza y/o la descripción resumida del plan; copias de cualquier política o procedimiento utilizado para decidir sobre mi reclamación; y una copia completa de cualquier otra información sobre la resolución de reclamaciones, a fin de que Elite Dermatology pueda determinar si se realizó una revisión completa y justa de mi reclamación.

Cedo a Elite Dermatology y a sus agentes mis derechos y cualquier reclamación o causa de acción que pueda tener para cobrar las sanciones correspondientes al incumplimiento de mi plan de salud de proporcionar oportunamente esta información requerida.

Si mi cuenta entra en mora y se remite a un abogado o a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los cargos, los intereses desde la fecha de vencimiento a una tasa del dieciocho por ciento (18 %) o a la tasa máxima permitida por la ley, los honorarios razonables de abogados, las costas y los gastos de cobranza.

☐ Estoy de acuerdo

Formulario de política financiera

Gracias por elegir a Elite Dermatology como su proveedor de atención médica. Nuestra principal prioridad es brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes. A continuación se presenta un resumen de nuestra política financiera. Con gusto le proporcionaremos más aclaraciones si las necesita. Le pedimos que lea y firme lo siguiente para reconocer que se le ha informado de su responsabilidad financiera por los servicios médicos que se prestan aquí.

Como cortesía, facturaremos a su compañía de seguros si somos un proveedor participante en su plan de seguro. Aceptamos Medicare y presentaremos todas las reclamaciones de los pacientes con Medicare, así como las correspondientes a cualquier seguro secundario cuya tarjeta se proporcione. Si no somos un proveedor participante en su plan de seguro, con gusto le brindaremos atención, y usted será responsable del pago al momento de recibir el servicio. Para facturar correctamente a su compañía de seguros, necesitamos que nos proporcione toda la información de sus seguros, tanto primario como secundario, así como cualquier cambio de nombre, dirección o información del seguro.

Si no proporciona la información completa de su seguro y sus datos personales, podría ser responsable de pagar la totalidad de la factura.

Si desea recibir atención en Elite Dermatology, usted es responsable de pagar todos los copagos y/o cargos correspondientes al deducible al momento de recibir el servicio. Un miembro de nuestro personal hablará con usted sobre nuestra mejor estimación de los costos probables de sus procedimientos y revisará su responsabilidad financiera. Dado que el seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, esta última determina de manera definitiva su elegibilidad y sus beneficios. Una vez procesada su reclamación de seguro, se le enviará una decisión oficial mediante una explicación de beneficios (EOB). Entiendo que, si mi seguro no paga, yo soy responsable del pago. Recuerde que las pólizas de seguro pueden no cubrir todas las afecciones y todos los cargos, incluso cierta atención que usted y su proveedor de atención médica tengan motivos válidos para considerar necesaria. Para conocer plenamente sus beneficios, lea su póliza de seguro o hable con un representante de su aseguradora.

Algunos procedimientos realizados en Elite Dermatology se consideran estéticos y no están cubiertos por el seguro. Usted será responsable del pago de estos servicios. Cualquier análisis de laboratorio que solicitemos y que no realicemos en nuestras instalaciones se enviará a un laboratorio externo según lo requiera su seguro. Es posible que reciba una factura por separado por los servicios de laboratorio.

Aceptamos pagos en efectivo y con tarjeta de crédito o débito. No aceptamos cheques.

Es posible que su seguro no cubra las citas de telemedicina; en ese caso, usted será responsable de pagar la tarifa para pacientes que pagan por cuenta propia.

Política financiera continuación

Los estados de cuenta y la correspondencia de facturación se envían únicamente cuando tiene un saldo pendiente en su cuenta. Estos indicarán si su compañía de seguros ha cumplido su obligación con usted, como titular de la póliza, de pagar las reclamaciones oportunamente. Los estados de cuenta mostrarán los pagos del seguro y el saldo que le queda por pagar. En algunos casos, después de que se hayan pagado los saldos a cargo del seguro y los saldos a cargo del paciente, puede quedar un saldo a favor en su cuenta. Si tiene una cita próxima, este saldo a favor permanecerá en su cuenta para aplicarse a sus futuras consultas. Si no tiene una cita próxima, se procesará un reembolso, mediante tarjeta de crédito o cheque, de todos los saldos a favor superiores a $20.

Los saldos a favor inferiores a $20 permanecerán en su cuenta para usarse en el futuro, a menos que usted, como paciente, solicite expresamente la devolución del dinero. Si no utiliza el saldo o no se comunica con nosotros acerca de este durante 3 años, la ley estatal nos exige declararlo al Estado como propiedad no reclamada.

Si no podrá asistir a una cita programada, le pedimos que avise con 48 horas de anticipación. Si no lo hace, nos reservamos el derecho de cobrar el siguiente cargo por cancelación tardía o inasistencia:

- $50.00 por una consulta en el consultorio
- $100.00 por una cita para un procedimiento (cirugía)
- $100.00 por citas de procedimientos estéticos o cirugía de Mohs

Usted tiene derecho a obtener una copia de su expediente médico. Podría aplicarse un cargo al solicitarla. Para comunicarse con el departamento de facturación, llame al 281-742-2673.

He leído esta política financiera y entiendo que soy responsable del pago de los servicios médicos prestados por Elite Dermatology. Por la presente, asumo y garantizo el pago de todos los gastos incurridos durante mi consulta. Si se requieren acciones legales para obtener el pago de esta cuenta, acepto pagar los gastos legales en que incurra este consultorio.

☐ Estoy de acuerdo

Política de tarjeta de crédito registrada

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

1. Requisitos. Todos los pacientes deben mantener una tarjeta de crédito registrada en Elite Dermatology. La tarjeta debe estar a nombre del paciente o de su representante autorizado (tutor).

2. Uso de la tarjeta de crédito registrada. Después de su consulta con nosotros, su aseguradora puede tardar entre 14 y 21 días en procesar sus beneficios y determinar la responsabilidad de pago del paciente. Una vez que su aseguradora determine que una parte de su factura es responsabilidad del paciente, el saldo a su cargo se cobrará de inmediato a su tarjeta de crédito registrada. Puede comunicarse con nosotros o con nuestro equipo de facturación, y con gusto le ayudaremos en todo lo que podamos. Puede comunicarse por teléfono con nuestro equipo de facturación de lunes a viernes, al 281-742-2673.

Para mayor comodidad, tener una tarjeta de crédito registrada puede agilizar los reembolsos, ya que a veces queda un saldo a favor después de que se resuelven las reclamaciones del seguro.

Si tiene una cita próxima, este saldo a favor permanecerá en su cuenta para aplicarse a sus futuras consultas.

Si no tiene una cita próxima, se procesará un reembolso, mediante la tarjeta de crédito registrada o cheque, de todos los saldos a favor superiores a $20. Los saldos a favor inferiores a $20 permanecerán en su cuenta para usarse en el futuro, a menos que usted, como paciente, solicite expresamente la devolución del dinero.

Si no utiliza el saldo o no se comunica con nosotros acerca de este durante 3 años, la ley estatal nos exige declararlo al Estado como propiedad no reclamada.

La tarjeta de crédito registrada también se utilizará para cubrir los cargos por inasistencia y cualquier saldo pendiente por compras de productos o servicios estéticos.

3. Cargos por inasistencia o cancelación tardía. Se cobrará un cargo de $50 por cancelación tardía a cualquier paciente que no cancele su cita médica con al menos 48 horas de anticipación. Puede aplicarse un cargo de $50 por inasistencia si el paciente no se presenta a la hora de su cita. El cargo por cancelación tardía o inasistencia a una cita de cirugía, un procedimiento estético o cirugía de Mohs es de $100.00. Los cargos por inasistencia y cancelación tardía se cobrarán automáticamente a la tarjeta de crédito registrada.

4. Disputas de cargos a la tarjeta de crédito. Para evitar disputas y cancelaciones fraudulentas de pagos, se aplicará un cargo nominal de $25 en todos los casos en 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 registrada vence o se pierde, el paciente debe notificarlo de inmediato a Elite Dermatology.

6. Seguridad. Elite Dermatology toma muy en serio la seguridad de la información de los pacientes. La información de la tarjeta de crédito registrada se almacenará electrónicamente de forma segura y conforme a las normas PCI, y no se compartirá con terceros.

Consentimiento

Al firmar esta política, acepto mantener una tarjeta de crédito registrada en Elite Dermatology. Doy mi consentimiento para que se utilice dicha tarjeta para pagar cualquier saldo pendiente después de que se resuelvan las reclamaciones del seguro, así como para cubrir los cargos y las tarifas especificados anteriormente. Confirmo que soy personalmente responsable de mantener actualizada la información de mi tarjeta de crédito.

☐ Estoy de acuerdo

Resumen de las prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Esta es una versión resumida de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. El aviso completo aparece después de este resumen.

Entendemos que su información médica es personal y nos comprometemos a protegerla. Como parte de su atención como paciente, creamos expedientes médicos sobre su salud, la atención que le brindamos y los servicios y/o artículos que le proporcionamos. La ley nos exige garantizar la privacidad de su información médica protegida (PHI).

¿Cómo usaremos o divulgaremos su información? A continuación se presentan algunos ejemplos. Para obtener más detalles, consulte el Aviso de prácticas de privacidad que aparece después de este resumen:

- Para el tratamiento médico
- Para investigaciones
- Para obtener el pago de nuestros servicios
- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad
- En situaciones de emergencia
- Para la donación de órganos y tejidos
- Para enviar recordatorios de citas y de consultas de seguimiento
- Para programas de compensación por accidentes y enfermedades laborales
- Para administrar nuestro consultorio de forma más eficiente y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad
- En respuesta a determinadas solicitudes derivadas de demandas u otras disputas

Si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el consultorio o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el consultorio, comuníquese con nuestro contralor. Todas las quejas deben presentarse por escrito. No se le sancionará por presentar una queja.

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

- El derecho a examinarla y obtener una copia
- El derecho a solicitar restricciones
- El derecho a solicitar una modificación
- El derecho a obtener una copia impresa de este aviso
- El derecho a recibir un informe 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 aparece después de este resumen.

☐ Estoy de acuerdo

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO CON ATENCIÓN.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) es un programa federal que exige mantener la debida confidencialidad de todos los expedientes médicos y demás información de salud que permita identificar a una persona y que usemos o divulguemos en cualquier formato, ya sea electrónico, impreso u oral. Esta ley le otorga a usted, como paciente, el derecho a comprender y controlar cómo se utiliza su información médica protegida (PHI). La HIPAA establece sanciones para las entidades sujetas a la ley que hagan un uso indebido de la información médica protegida.

Conforme a lo exigido por la HIPAA, hemos preparado esta explicación sobre cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos divulgar su información personal.

Podemos usar y divulgar sus expedientes médicos únicamente para cada uno de los siguientes fines: tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

- El tratamiento consiste en proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados a cargo de uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo sería remitirle a un especialista en retina.
- El pago comprende actividades como obtener el reembolso por los servicios, confirmar la cobertura, realizar tareas de facturación o cobranza y revisar la utilización de servicios. Un ejemplo sería enviar a su compañía de seguros la factura de su consulta y/o verificar la cobertura antes de una cirugía.
- Las operaciones de atención médica incluyen aspectos administrativos de nuestro consultorio, como realizar evaluaciones de calidad y actividades de mejora, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y atención al cliente. Un ejemplo serían las tarjetas de encuesta para pacientes nuevos.
- El consultorio también puede divulgar su PHI para fines de cumplimiento de la ley y por otros motivos legítimos, aunque haremos todo lo posible por garantizar que se mantenga su confidencialidad en la medida de lo posible.

También podemos crear y distribuir información de salud anonimizada, eliminando toda referencia a información que permita identificar a una persona.

Podemos comunicarnos 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. Usted tiene derecho a optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos.

Los siguientes usos y divulgaciones de PHI solo se realizarán después de que recibamos su autorización por escrito:

- La mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia.
- Los usos y las divulgaciones de su PHI con fines de mercadotecnia, incluidos el tratamiento y las operaciones de atención médica subvencionados.
- Las divulgaciones que constituyan una venta de PHI conforme a la HIPAA; y
- Otros usos y divulgaciones que no se describan en este aviso.

Puede revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a respetar y cumplir esa solicitud escrita, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basándonos en su autorización.

Aviso de prácticas de privacidad continuación

Puede tener los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida (PHI):

- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI), incluidas las relacionadas con divulgaciones a familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que usted identifique.

Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una solicitud de restricción, salvo en circunstancias limitadas que le explicaremos si lo solicita. Si aceptamos la restricción, debemos cumplirla, a menos que usted acepte por escrito que se elimine.

- El derecho a presentar solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de su información médica protegida (PHI) por medios alternativos o en lugares alternativos.
- El derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida (PHI).
- El derecho a modificar su información médica protegida (PHI).
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica protegida (PHI).
- El derecho a obtener de nosotros una copia impresa de este aviso cuando la solicite.
- El derecho a que se le informe si su información médica protegida (PHI) sin medidas de protección se divulga de manera intencional o involuntaria.

Si ha pagado los servicios íntegramente de su propio bolsillo y nos solicita que no divulguemos a un plan de salud la información médica protegida (PHI) relacionada únicamente con esos servicios, atenderemos su solicitud, excepto cuando la ley nos obligue a divulgarla.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI) y proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a dicha información. Este aviso entra en vigor el 01/01/2018, y tenemos la intención de cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad y los reglamentos de HIPAA actualmente vigentes. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y de aplicar las disposiciones del nuevo aviso a toda la información médica protegida (PHI) que conservamos. Publicaremos el Aviso de prácticas de privacidad revisado, y usted podrá solicitar una copia escrita en nuestro consultorio.

Usted dispone de vías de reclamación si considera que nuestro consultorio ha vulnerado sus protecciones. Tiene derecho a presentar una queja formal por escrito ante nuestro consultorio o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Puede comunicarse por escrito con el responsable de cumplimiento del consultorio para obtener más información.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y comprende nuestro Aviso de prácticas de privacidad y da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida con fines de tratamiento, cobertura y pago por parte de su compañía de seguro médico, así como para las operaciones generales de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento mediante un escrito con su firma.

☐ Estoy de acuerdo

Aviso de derechos y responsabilidades del paciente

El propósito de este documento es informar a nuestros pacientes sobre sus derechos y responsabilidades mientras reciben atención médica. En la medida en que la ley lo permita, los derechos del paciente podrán explicarse en nombre del paciente a su tutor, a su familiar más cercano o a la persona responsable legalmente autorizada si el paciente: (a) ha sido declarado legalmente incapaz de conformidad con la ley; (b) se determina que, por razones médicas, es 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, informe a cualquier miembro del personal.

Derechos del paciente

1. Acceso a la atención. Se le brindará acceso imparcial al tratamiento y a los servicios dentro de la capacidad y disponibilidad de este consultorio y de conformidad con las leyes y los reglamentos aplicables. Esto se aplica independientemente de su raza, credo, sexo, origen nacional, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o limitación, o de la fuente de pago de la atención o los servicios.

2. Respeto y dignidad. Tiene derecho a recibir atención y servicios considerados y respetuosos en todo momento y en todas las circunstancias. Esto incluye el reconocimiento de los factores psicosociales, espirituales y culturales que pueden influir en la percepción de su enfermedad.

3. Privacidad y confidencialidad. Tiene derecho, dentro de los límites de la ley, a la privacidad personal y de su información. Esto incluye el derecho a:

- Ser entrevistado y examinado en un entorno que garantice una privacidad razonable
- Contar con la presencia de una persona de su mismo sexo durante un examen físico o tratamiento
- No permanecer sin ropa más tiempo del necesario para realizar el tratamiento o prestar los servicios
- Solicitar que lo trasladen a otra sala de tratamiento si un visitante causa molestias excesivas
- Esperar que cualquier conversación o consulta sobre su atención se lleve a cabo con discreción
- Esperar que todas las comunicaciones escritas relacionadas con su atención se traten de manera confidencial
- Esperar que solo lean su expediente médico las personas que participan directamente en su atención, en las actividades de garantía de calidad o en la tramitación de reclamaciones de seguro. Ninguna otra persona tendrá acceso sin su autorización por escrito.

4. Seguridad personal. Tiene derecho a esperar condiciones razonables de seguridad en los procedimientos y el entorno del consultorio.

5. Identidad. Tiene derecho a conocer la identidad y la categoría profesional de toda persona que le preste servicios, así como qué médico u otro profesional de la salud 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 pronóstico conocido. Esta información debe comunicarse en términos que usted comprenda.

7. Comunicación. Si no habla o no comprende el idioma predominante de la comunidad, debe tener acceso a un intérprete. Esto es especialmente importante cuando las barreras del idioma constituyen un problema continuo.

Derechos y responsabilidades del paciente continuación

8. Consentimiento. Tiene derecho a recibir información que le permita tomar decisiones sobre su tratamiento en colaboración con el médico.

- Las conversaciones sobre el consentimiento incluirán una explicación de la afección, los riesgos y beneficios del tratamiento y las consecuencias de no recibir tratamiento.
- Excepto en caso de incapacidad o de una emergencia que ponga en peligro la vida, no se le realizará ningún procedimiento a menos que otorgue su consentimiento voluntario por escrito.
- Se le informará si el consultorio propone participar en investigaciones o proyectos experimentales que afecten su atención o sus servicios. Si decide no participar, seguirá recibiendo la atención más eficaz que el consultorio ofrece habitualmente.

9. Consulta. Tiene derecho a aceptar o rechazar la atención médica en la medida en que la ley lo permita. Sin embargo, si el rechazo del tratamiento impide que el consultorio le brinde atención adecuada conforme a las normas éticas y profesionales, se podrá dar por terminada su relación con este consultorio con un aviso previo razonable.

10. Cargos. Independientemente de la fuente de pago de la atención brindada, tiene derecho a solicitar y recibir explicaciones desglosadas y detalladas de cualquier servicio facturado.

11. Normas y reglamentos. Se le informará sobre las normas y los reglamentos del consultorio relativos a su conducta como paciente en este centro. También tiene derecho a recibir información sobre la presentación, revisión y resolución de las quejas de los pacientes.

Responsabilidades del paciente

1. Proporcionarnos información exacta. Tiene la responsabilidad de proporcionar, según su leal saber y entender, información exacta y completa sobre sus molestias actuales, enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud, incluidos los cambios inesperados en su estado de salud.

2. Seguir 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 médica mientras lleva a cabo el plan coordinado de atención, cumple las indicaciones del médico y hace cumplir las normas y los reglamentos aplicables del consultorio.

3. Asistir a sus citas. Usted es responsable de asistir a sus citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, de avisar a este consultorio.

4. Asumir la responsabilidad por no seguir las indicaciones. Usted es responsable de sus acciones si no sigue las instrucciones del médico. Si no puede cumplir con el plan de tratamiento indicado, es responsable de informárselo al médico.

5. Cumplir con sus obligaciones financieras. Usted es responsable de asegurarse de que las obligaciones financieras correspondientes a los servicios de atención médica se cumplan lo antes posible y de proporcionar información actualizada sobre su seguro.

6. Ser considerado con los demás. Usted es responsable de respetar los derechos de los demás pacientes y del personal y de ayudar a controlar el ruido, el consumo de tabaco y la cantidad de visitantes. También es responsable de respetar los bienes del consultorio y los bienes de las demás personas que lo visitan.

7. Asumir la responsabilidad de sus decisiones sobre el estilo de vida. Su salud depende tanto de la atención que recibe en este centro como de las decisiones a largo plazo que toma en su vida cotidiana. Usted es responsable de reconocer los efectos de estas decisiones sobre su salud.

☐ Estoy de acuerdo

Política de cancelaciones y reembolsos de servicios estéticos

Elite Dermatology comprende que a veces es necesario posponer o cancelar una cita. Revise nuestras pautas para estas situaciones y asegúrese de avisarnos lo antes posible si tiene un cambio de planes que requiera reprogramar o cancelar su cita.

Si surge una situación que pueda llevarle a reprogramar, posponer o cancelar un procedimiento estético, Elite Dermatology exige un aviso de cancelación con 48 horas de anticipación.

Si cancela cualquier procedimiento estético con menos de 48 horas de anticipación, perderá su depósito no reembolsable como cargo por inasistencia. También se le cobrará una tarifa de cancelación del 10 % del cargo total.

Todos los servicios estéticos y las series o paquetes de procedimientos pagados por adelantado DEBEN utilizarse dentro de los 12 meses (1 año) posteriores a la compra. Cualquier depósito o dinero pagado para servicios estéticos que no se utilice dentro de los 12 meses posteriores al pago se perderá como cargo por inasistencia.

Cualquier depósito o pago de cirugía plástica que no se utilice dentro de los 12 meses (1 año) posteriores al pago se perderá como cargo por inasistencia. Una vez prestados los servicios o vendidos los productos, no se otorgarán reembolsos. Los procedimientos estéticos no incluyen ninguna garantía, expresa o implícita, de un resultado determinado. La percepción de que su afección no ha mejorado no da derecho a ningún tipo de reembolso.

Agradecemos su consideración. Gracias por elegir Elite Dermatology.

☐ Estoy de acuerdo

Consentimiento para la atención por un asistente médico (PA)

Consentimiento para la evaluación y/o el tratamiento por un asistente médico: Elite Dermatology. Este centro cuenta con un asistente médico como parte de su personal para ayudar a brindar atención médica.

Un asistente médico no es un médico. Un asistente médico es egresado de un programa de formación certificado y tiene una licencia otorgada por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico puede diagnosticar, tratar y dar seguimiento a enfermedades agudas y crónicas comunes, así como brindar atención para el mantenimiento de la salud.

La «supervisión» no exige la presencia física constante de un médico supervisor, sino la supervisión de las actividades y la aceptación de responsabilidad por los servicios médicos prestados.

Un asistente médico puede prestar servicios médicos que estén dentro del alcance de su educación, formación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Recabar antecedentes médicos y realizar exámenes físicos
- Ordenar y/o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Formular un diagnóstico provisional
- Elaborar e implementar un plan de tratamiento
- Supervisar la eficacia de las intervenciones terapéuticas
- Realizar cirugías menores
- Ofrecer orientación y educación
- Proporcionar muestras de medicamentos y emitir recetas (cuando la ley lo permita)
- Realizar procedimientos estéticos: rellenos dérmicos, Botox, Dysport, Jeuveau, Daxxify, inyecciones de PRP
- Hacer derivaciones apropiadas.

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

Entiendo que, en cualquier momento, puedo negarme a recibir atención del asistente médico y solicitar que me atienda un médico.

☐ Estoy de acuerdo

Consentimiento para comunicaciones por SMS y correo electrónico

Por la presente doy mi consentimiento y manifiesto mi preferencia por que el personal de Elite Dermatology se comunique conmigo por correo electrónico, mensajes SMS estándar, mensajes de texto sin cifrar y servicios en la nube para transmitir la información personal que proporciono en este documento y para comunicarse conmigo sobre diversos aspectos de mi atención médica. Estas comunicaciones pueden incluir, entre otros, 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 para recaudar fondos que pudieran ser de mi interés.

Entiendo que el correo electrónico, los mensajes SMS estándar, los mensajes de texto sin cifrar y los servicios en la nube no son medios de comunicación confidenciales y pueden no ser seguros.

Además, entiendo que, por este motivo, existe el riesgo de que un tercero intercepte y lea las comunicaciones sobre mi atención médica enviadas por correo electrónico, mensajes SMS estándar, mensajes de texto sin cifrar y servicios en la nube.

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

☐ Estoy de acuerdo

Aviso sobre inteligencia artificial y constancia de recepción y lectura

Elite Dermatology («Elite») utiliza inteligencia artificial, sistemas automatizados y tecnologías relacionadas («IA») para ayudar a brindar atención y gestionar nuestro consultorio. La IA puede ayudar a programar citas, gestionar la facturación, los seguros y los registros, redactar o resumir mensajes, traducir comunicaciones, revisar fotografías, imágenes y resultados de pruebas, y asistir a los profesionales clínicos en el diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento y la coordinación de la atención. Mediante este aviso, Elite le informa que se utilizará IA en relación con sus servicios de atención médica y su tratamiento.

La IA no sustituye a su profesional clínico. Su profesional clínico sigue siendo responsable de las decisiones médicas y revisará los registros creados con IA según lo exija la ley. La IA puede cometer errores o hacer sugerencias incompletas, y Elite utiliza la revisión humana y medidas de protección de la privacidad y la seguridad.

Elite puede usar y divulgar su información médica mediante herramientas de IA para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permita la ley y se describa en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Los proveedores que manejan información médica protegida (PHI) en nombre de Elite están obligados, por ley y por sus acuerdos con Elite, a protegerla. Los expedientes médicos electrónicos que contienen información de pacientes deben almacenarse en Estados Unidos o en un territorio estadounidense cuando así lo exija la ley de Texas.

Fotografías e imágenes. Elite utilizará fotografías o imágenes para su atención, incluida la revisión asistida por IA. Elite no utiliza herramientas de IA para recopilar ni almacenar identificadores biométricos, como huellas de voz o registros de la geometría del rostro que se utilicen para identificarle.

Aviso sobre inteligencia artificial continuación

Grabación y transcripción asistidas por IA. Elite puede grabar y transcribir sus consultas y llamadas, incluidas las consultas presenciales, telefónicas y virtuales, para que un asistente de documentación con IA ayude a preparar las notas clínicas y las comunicaciones.

Su profesional clínico revisa estas notas. Las grabaciones y las transcripciones se utilizan únicamente para su atención y las operaciones de nuestro consultorio, según se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Puede pedirnos que no grabemos o que dejemos de grabar en cualquier momento, indicándoselo a su profesional clínico o a nuestro personal. Negarse no afectará su atención, aunque Elite puede documentar la consulta manualmente.

Reconozco que recibí y leí este aviso. Este aviso no implica una renuncia a sus derechos legales ni sustituye ninguna autorización por separado que exija la ley.

Si tiene preguntas o necesita este aviso en español o en otro idioma, o en otro formato accesible, comuníqueselo a nuestro personal de recepción.

☐ Estoy de acuerdo

Consentimiento para procedimientos médicos y quirúrgicos en el consultorio

Mediante mi firma a continuación, reconozco lo siguiente:

Doy mi consentimiento para que Elite Dermatology, PLLC realice los procedimientos médicos, quirúrgicos y/o estéticos recomendados (el «Procedimiento»).

Se me ha explicado el Procedimiento en términos que entiendo.

La explicación del Procedimiento incluyó:

- La naturaleza y el alcance del Procedimiento que se realizará.
- Los riesgos más frecuentes del Procedimiento y aquellos que es poco probable que ocurran, pero que podrían tener consecuencias graves si se presentaran.
- Los riesgos generales del Procedimiento, incluidos el dolor, las cicatrices, el sangrado y la infección.
- Los beneficios del Procedimiento.
- El período estimado de incapacidad o recuperación relacionado con el Procedimiento, si lo hubiera.
- Los riesgos y beneficios de cualquier alternativa razonable al Procedimiento, incluida la opción de no recibir ningún tratamiento.

Tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el Procedimiento y recibí respuestas satisfactorias.

Se me ofrecieron la opción y la oportunidad de consultar con otro profesional de atención médica sobre el Procedimiento.

Entiendo que puedo rechazar cualquier Procedimiento médico o quirúrgico en cualquier momento antes de que se realice.

Autorizo a mi profesional de atención médica a realizar los procedimientos adicionales que, a su juicio, sean necesarios o apropiados de manera complementaria para llevar a cabo mi diagnóstico o tratamiento.

Si durante el Procedimiento surge alguna situación imprevista que requiera el traslado a un hospital, procedimientos, operaciones o medicamentos adicionales, incluidos, entre otros, la anestesia y las transfusiones de sangre, también solicito y autorizo a mi profesional de atención médica que haga lo que considere aconsejable en mi nombre.

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

Autorizo el uso de fotografías médicas con fines médicos, científicos o educativos, siempre que no se revele mi identidad en la fotografía ni en el texto.

Reconozco que he leído y comprendido plenamente la información anterior.

Por la presente autorizo a mi profesional de atención médica a realizar cualquier Procedimiento recomendado.

☐ Estoy de acuerdo

Preferencias sobre comunicaciones de información médica

Complete la siguiente información.

¿Podemos enviarle recordatorios de sus citas por mensaje de texto a su teléfono móvil?

☐ Sí ☐ No

¿Podemos dejarle mensajes sobre información médica o citas en su teléfono móvil?

☐ Sí ☐ No

¿En su correo electrónico?

☐ Sí ☐ No

¿Prefiere un mensaje breve o detallado?

☐ Breve ☐ Detallado

Contacto para POA e información médica protegida PHI

Indique la persona a quien autoriza a acceder a su información médica protegida (PHI), como un familiar, una persona que le cuida o la persona designada en su poder notarial para decisiones médicas (POA), si corresponde.

Autorizo la divulgación de información, incluidos mi diagnóstico, mis expedientes, los exámenes que se me hayan realizado y la información sobre reclamaciones al seguro, a las siguientes personas (incluya el nombre, el número de teléfono y la relación con el paciente):

Nombre _____

Relación con el paciente _____ Teléfono _____

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

Nombre _____

Relación con el paciente _____ Teléfono _____

Lista de verificación de MIPS

Responda las siguientes preguntas que correspondan:

Si tiene 12 años o más: hábitos de consumo de tabaco (seleccione una de las siguientes opciones):

☐ Nunca he fumado

☐ Actualmente fumo todos los días

☐ Actualmente fumo algunos días

☐ Antes fumaba

☐ No corresponde

Si tiene 65 años o más: ¿tiene un representante para decisiones de atención médica (poder notarial para decisiones médicas)?

☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

Si cumplió o cumplirá 13 años este año: ¿ha recibido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)?

☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

Si cumplió o cumplirá 13 años este año: ¿ha recibido la vacuna Tdap (contra el tétanos, la difteria y la tosferina)?

☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

Si cumplió o cumplirá 13 años este año: ¿ha recibido la vacuna contra el meningococo?

☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde

Si su consulta es por una erupción cutánea, califique su nivel de picazón en una escala del 1 al 10:

Marque una opción con un círculo:

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

Firma

Escriba su nombre y fecha de nacimiento en letra de molde; luego firme y escriba la fecha a continuación.

Su nombre _____

Su fecha de nacimiento (MM / DD / AAAA) _____

Firma _____

Fecha _____