

REGISTRO DE PACIENTES

Nombre (Primero, Apellido):		Fecha de nacimiento:		Genero: F / M
Dirección de Paciente:		Apt#	ciudad	estado código postal
Teléfono Primario #:		cell	casa	(por favor circule uno)
Aceptar recibir un recordatorio por mensaje de texto		si	no	(por favor circule uno)
Teléfono secundario #		cell	casa trabajo	(por favor circule uno)
Correo electrónico:				
Doctor referente:		Teléfono #:		
Medico Primario:		Teléfono #		
Contacto de Emergencia:		Teléfono #:	Relación con el paciente:	

INFORMACION DE SUSCRIPTOR DE SEGURO MEDICO

Seguro Primario:	Copago de especialista:
Nombre del titular de la Póliza:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Dirección del titular de la póliza:	
Teléfono #	Relación:
Seguro secundario:	
Titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:

Se me ha dado la oportunidad de revisar el aviso de política de privacidad de HIPPA de Dermatology Associates of Morris, P.A. el cual se puede encontrar en dermatologyassociatesofmorris.com o en nuestras oficinas. Verifico la exactitud de la información anterior.

Nombre de la persona firmando el formulario

Firma (Paciente, Padre o Tutor Legal)

Fecha

Relación con el paciente (uno mismo, guardián, padre/madre.)

De acuerdo con la ley estatal de NJ, tiene derecho a solicitar un acompañante durante su examen. Informe al médico si desea que un acompañante este presente durante su examen.

AUTORIZACION & DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Dermatology Associates require que todos los pacientes completen este formulario para indicar la autorización del paciente para usar y/o divulgar cierta información médica protegida a la parte o partes enumeradas a continuación de conformidad con la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPPA). Nuestro aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. En ocasiones, el paciente y la practica pueden querer usar la información médica protegida para razones distintas al tratamiento, pago y operaciones de atención medica o para citas fines permitidos por la ley.

Autorizo a todos los asociados de Dermatology Associates of Morris, P.A. a divulgar toda la información médica protegida, a menos que tenga en cuenta las restricciones, a las partes enumeradas a continuación hasta la fecha de vencimiento especificada. Tengo el derecho de revocar esta autorización el cual debería ser por escrito.

Las personas mencionadas pueden recibir toda la información protegida, a menos que se proporcionen restricciones por escrito:

Nombre _____

Teléfono	Relación con el paciente	Fecha de expiración
----------	--------------------------	---------------------

Nombre _____

Teléfono	Relación con el paciente	Fecha de expiración
----------	--------------------------	---------------------

Nombre _____

Teléfono	Relación con el paciente	Fecha de expiración
----------	--------------------------	---------------------

Al firmar este formulario autoriza a la práctica divulgar información médica protegida. Tienes el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo dicha revocación no afectara ninguna divulgación que hayamos hecho en bases a su autorización previa.

Nombre del Paciente

Firma (Paciente, Padre o Tutor Legal)

Fecha

POLITICAS DE LA OFICINA DE DERMATOLOGY ASSOCIATES OF MORRIS, P.A.

En Dermatology Associates of Morris, estamos comprometidos a brindarle atención médica de la más alta calidad. Creemos que es importante que nuestros pacientes revisen y firmen las políticas de nuestra oficina antes de su visita.

SEGURO MEDICO

Requerimos una tarjeta de seguro médico activa en cada visita. Deberá presentar esta tarjeta cuando se registre para su cita. Si llega sin su tarjeta de seguro médico es posible que necesitemos reprogramar la cita. Es su responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en su seguro médico.

REFERIDOS

Dermatology Associates of Morris es considerado un especialista. Muchos planes de seguro medico requieren referido para servicios especializados. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tenga un referido valido para cada cita. Sin el referido, tendremos que reprogramar la cita.

FINANCIERA

Dermatology Associates of Morris es una práctica especializada. Su compañía de seguros determina la tarifa habitual y razonable por los servicios prestados. Los saldos de los pacientes pueden adeudarse también cargos aplicados a su deducible, un coseguro (porcentaje de costo compartido), su copago, cualquier tarifa que se considere cosmética y no medicamento necesaria, o saldos que su compañía de seguros determine que son responsabilidad del paciente. Es nuestra política cobrar su copago, tarifas por procedimiento que se consideran cosméticos y saldos adeudados en el momento del servicio. Los copagos y tarifas por servicios se pueden pagar en efectivo, cheque, o tarjeta de crédito.

El paciente recibirá un estado de cuenta por correo con todos los saldos pendientes. Cualquier saldo pendiente vence dentro de los 30 días posteriores a la facturación. Si el pago no ha sido recibido, su cuenta puede ser referida una agencia de colección y se agregara una tarifa de cobranza de 33 1/3% al colocar su cuenta en colección.

Para los servicios cosméticos inyectables, requerimos que estos se paguen en su totalidad en el momento del servicio con tarjeta de crédito o en efectivo solamente.

CANCELACIONES

Si necesita cancelar o cambiar una cita, le pedimos que se comuniqué con nuestra oficina al menos 24 horas antes de su cita. A los pacientes que no se presenten a su cita programada se les cobrará una tarifa de \$25.00 por una cita regular y una tarifa de \$50.00 por una cita de cirugía o una prueba de parche pérdidas.

TARDANZAS

Es nuestro objetivo hacer todo lo posible para cumplir con el calendario de citas. Cuando un paciente llega tarde, es difícil para los médicos cumplir con el horario. Si llega tarde, puede ser necesario reprogramar su cita.

Nombre del Paciente

Firma (Paciente, Padre o Tutor Legal)

Fecha