



**Información de Paciente**

Nombre Completo:	Fecha De Nacimiento:	El Género: M / F
La dirección:	La Ciudad/ El Estado	El Código Postal
Celular Teléfono:	Casa/ Hogar Teléfono:	
Correr Electronico:		
Persona autorizada a reveler información de salud y número de teléfono:		

**Información de la parte responsable**

*marque aquí si paga por cuenta propia*

Nombre y número de identificación de la póliza de seguro: _____ # _____		
Nombre del titular de la póliza:		
Fecha De Nacimiento:	El Género: M / F	Relación con el paciente: el niño / el cónyuge / el guardián /Otro:
La dirección	La Ciudad/El estado	El código postal

**AUTORIZACION DE CITA**

En caso de que un padre o tutor no pueda acompañar al paciente a su cita, por favor liste todas las personas autorizadas detraer a sus nino/ ninos a su cita medica en nuestra officina. Durante la cita de su nino, se requerirá una actualizacion; por esa razon, la persona que trae al nino sera responsable de proporcionar una identificación con photo, informacion de cambios medicos, medicamentos o preocupaciones corrientes.

**La persona que accompane al paciente tendra que tener 18 anos o mayor, para completar la actualizacion**

**medica.Adultos Autorizados**

- 1. \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS**

Autorizo que todos los beneficios de seguro se paguen al proveedor de servicios en nombre de Texas Dermatology and Laser Specialist, Yo entiendo que pagos para servicios profesionales, incluyen copagos, deducibles y cuotas para servicios cosmeticos, se deben al momento que servicios son rendidos

**He leído, entendido y aceptado lo anterior. La información que he proporcionado es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.**

La firma: \_\_\_\_\_ La fecha: \_\_\_\_\_



## HIPAA y Póliza Financiera

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN QUE REQUIERE SU CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO. SI DESEA LLEVAR UNA COPIA DE ESTE CONSENTIMIENTO, SOLICITE UNA COPIA AL RECEPCIONISTA DE LA RECEPCIÓN.

### **CONSENTIMIENTO HIPAA:**

Por la presente autorizo a Texas Dermatology and Laser Specialists a usar mi información médica y/o divulgar mi información médica a cualquier tercero pagador (compañía de seguro médico) oa cualquier parte involucrada en mi atención médica. Entiendo que hay un Aviso de Prácticas de Privacidad en el área de recepción de la práctica disponible para que lo lea. Este consentimiento estará en vigor y efecto mientras yo sea un paciente en esta práctica. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a mi(s) médico(s) en esta práctica. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con este consentimiento puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. También entiendo que tengo derecho a: Inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o divulgada según lo permitido por la ley federal; negarse a firmar este formulario de consentimiento.

### **CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO:**

Entiendo que al proporcionar mi dirección de correo electrónico en mi hoja de datos del paciente, estoy sujeto a recibir comunicaciones por correo electrónico de Texas Dermatology and Laser Specialists, pero puedo solicitar que me eliminen de la lista de correo en cualquier momento.

### **PAGOS:**

Se espera la responsabilidad del paciente en el momento en que se prestan los servicios. Esto incluye todos los deducibles, coseguros, copagos y cualquier servicio no cubierto, como procedimientos cosméticos. Cabe señalar que cualquier procedimiento realizado en el consultorio, como congelar una verruga o realizar una biopsia en un lunar, se considera "cirugía en el consultorio" por la mayoría de las principales compañías de seguros y puede estar sujeto a su deducible.

Para simplificar su experiencia al recibir atención y hacer que el proceso de pago sea transparente y conveniente, solicitamos que los pacientes autoricen la tarjeta archivada a través de la aplicación de bolsillo para pacientes, el portal del paciente durante el registro previo a la visita o a través del quiosco del paciente en el momento de la visita. registro en la oficina. Toda la información está totalmente encriptada y protegida y no se cobrará sin su consentimiento. Una vez que su compañía de seguros procese su reclamo, recibirá un correo electrónico que le notificará cualquier saldo restante de la visita de hoy. Deduiremos automáticamente ese saldo de la tarjeta que proporcionó cinco días hábiles después de recibir el estado de cuenta electrónico por mensaje de texto o correo electrónico. Si no desea dejar su tarjeta archivada, puede pagar los servicios en su totalidad al momento de la visita y solicitar una copia de su formulario de reclamo para enviarlo a su compañía de seguros para su reembolso. No aceptamos pagos en efectivo o con cheque.

### **POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN/TARDE:**

Si no puede asistir a una cita, infórmenos lo antes posible. Pedimos al menos 48 horas para la cancelación de todas las citas. Nos reservamos el derecho de cobrar los siguientes "cargos por cancelación tardía" o "cargos por no presentarse" de \$50.00 por visitas al consultorio y el 50 % de los cargos cotizados por procedimientos o cirugías. Como cortesía, hacemos todo lo posible para confirmar las citas con anticipación; sin embargo, sigue siendo responsabilidad del paciente saber y asistir a las citas. Las emergencias se considerarán de forma individual. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, haremos todo lo posible para que regrese al horario de los proveedores. Sin embargo, es posible que no tengamos más remedio que reprogramar su cita.



**DENEGACIONES DE RECLAMOS:**

Texas Dermatology facturará a los planes de seguro de los pacientes como cortesía a nuestros pacientes. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que la información proporcionada sea verdadera y precisa. Debe confirmar con su compañía de seguros que nuestro grupo está dentro de la red con su póliza antes de su cita programada. Para evitar la denegación de reclamaciones, envíenos toda la información del seguro primario, secundario y terciario. Si su reclamo es denegado por algún motivo, se le facturarán los servicios prestados según un programa de tarifas de pago por cuenta propia.

**PATOLOGÍA/LABORATORIO:**

Nuestros médicos solicitan lecturas de patología y análisis de sangre para diagnosticar y tratar adecuadamente ciertos trastornos de la piel. Los cargos por estos servicios son facturados a su seguro por el patólogo o el laboratorio de procesamiento. Su muestra de piel o análisis de sangre pueden enviarse a uno de los siguientes laboratorios: Pathology Watch, Aurora Diagnostics: (South Texas Dermatopathology), Quest Diagnostics, Pathology Reference Lab, Sagis o LabCorp. Nuestros proveedores hacen todo lo posible para enviar el trabajo de laboratorio al laboratorio correspondiente autorizado por su compañía de seguros, sin embargo, si tiene un laboratorio específico que desea usar, informe a su proveedor en la sala de examen en el momento de la prueba.

**SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS y COMPLETAR FORMULARIOS:**

Puede acceder a la mayoría de los registros médicos a través de su portal de pacientes en línea sin costo alguno visitando <https://txdermandlaser.ema.md/ema/PatientLogin.action> Habrá un cargo de \$35.00 por solicitud en papel. Una vez recibido el pago, la documentación se devolverá o se podrá recoger en un plazo de 5 a 7 días laborables.

**CITAS COSMÉTICAS:**

Las citas de consulta cosmética no incluyen tiempo para el tratamiento. Su proveedor evaluará su piel y recomendará un plan de tratamiento basado en sus objetivos de cuidado de la piel durante su consulta. Se recomienda a algunos pacientes que comiencen un plan de tratamiento dermatológico antes de comenzar los tratamientos cosméticos, para que la afección subyacente de la piel pueda tratarse primero. No hay cargo adicional por el plan de tratamiento dermatológico recomendado por un dermatólogo o asistente médico.

Se cobrará un cargo por cancelación tardía equivalente al 50 % de los servicios cosméticos si se cancela una cita dentro de las 48 horas posteriores a la hora de la cita reservada. Las llegadas tardías de más de 15 minutos están sujetas a ser reprogramadas o trabajadas en el mismo día si es posible. Cualquier cita perdida se cobrará en su totalidad.

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

La ley nos exige que le proporcionemos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si desea una copia de esta política, solicítela a la recepcionista. Para asegurarse de que nuestros registros sean precisos, firme este formulario y devuélvalo a nuestra recepcionista para reconocer que se le ha proporcionado una copia de nuestro Aviso.

Al firmar este formulario, usted ha leído y acepta estos términos y condiciones.

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### Historial Médico y Examen Físico

 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Médico de cabecera/ Nombre del médico remitente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono/Dirección: \_\_\_\_\_

**Motivo de la visita:**

1. \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Locación: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Locación: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Locación: \_\_\_\_\_

 ¿Necesitas una bata?  Sí  No

**Revisar lista de los síntomas - (Marque cualquier que se aplique al paciente)**

	MRSA		Problemas de la piel
	Pérdida de peso inexplicable/ fiebre/ escalofríos		Dolor de cabeza, convulsiones o debilidad muscular
	Cambios en la visión		Depresión
	Problemas con los oídos, la nariz, la garganta y la boca		Intolerancia de calor/Frío
	Dolor de pecho		Contusión fácil / prolongado sangrando / Anemia
	Falta de aliento/ tos		¿Problemas en escuela o trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, heces sanguinolentas o negras		Preocupaciones adicionales:
	orina sanguinolenta		
	dolor articular o óseo		

**Historial médico pasado (Por favor compruebe cualquier enfermedad pasada/presente que pertenece al paciente)**

	Ansiedad		Depresión		Leucemia
	Artritis		Diabetes		Cáncer de pulmón
	Asma		Enfermedad renal en etapa terminal;		Linfoma
	Palpitaciones de corazón		GERD		Cáncer de próstata
	Trasplante de Médula Ósea		Lesión auditiva		Tratamiento de radiación
	Hyperplasia proestático benigno		Hepatitis		Incautaciones
	Cáncer de seno		Hipertensión		Cerebrales
	Cáncer de colon		HIV/AIDS		Más:
	COPD		Hipercolesterolemia		
	Enfermedad de la arteria coronaria		Hipertiroidismo		
	COVID-19		Hipotiroidismo		Nada

**Quirúrgico anteriores (Lista cualquier Pasado/Presente condiciones médicas relacionadas a el paciente)**

1. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Historial de enfermedades cutáneas

Acné	Picazón del cuero cabelludo	Psoriasis
Queratosis seborreicas	Fiebre alta/ Alergias	Otro:
Ampollas de quemaduras de sol	Melanoma	
Piel seca	Hiedra venenosa	
Eczema	Lunares precancerosos	

Tiene **Cáncer de piel historial**?  Si  No En caso afirmativo, qué tipo? \_\_\_\_\_  
 Fecha Diagnosticado \_\_\_\_\_ Medico tratante: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Medication actual Y dosificación** (Favor de listar **Actual** medicamentos). Utilizar el reverso de la hoja si es necesario.

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ | 7. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ | 8. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ | 9. _____ |

Tienes algunas **Alergias a las drogas**?  Si  No  
 En caso afirmativo, favor de listar medicamento y reaction: \_\_\_\_\_

**Historial Social**

Usas/usas previamente **Productos de nicotina**?  Si  No Tipo/Frecuencia: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar** (Historial médico de familia inmediata)

Condición(es): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Condición(es): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Has recibido la **vacuna contra la gripe** esta temporada?  Si  No

Has recibido la **vacuna neumocócica**? (65 anos +)  Si  No

**Has recibido la vacuna COVID-19?**  Si  No **En caso afirmativo, ha recibido la vacuna de refuerzo?**  Si  No

**Paciente Femenino:** Estas embarazada o tratando de quedar embarazada?  Si  No

Tienes un **Plan de cuidado avanzado**?  Si  No

Nombre de poder de atención médica: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Está bien dejar un mensaje detallado en el número de contacto proporcionado?  Si  No

Con quien podemos dejar un mensaje con? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Está interesado en procedimientos cosméticos/establecer un régimen de cuidado de piel?**  Si  No

**Está interesado en eliminar sudor de axilas?**  Si  No

**Sufres de incontinencia urinaria?**  Si  No

*Declaro que la información enumerada anteriormente es precisa y completa a mi leal saber y entender. Por mi firma abajo, He leído la política financiera de Texas Dermatology, incluyendo servicios prestado, incluyendo copagos, deducibles, y servicios cosmeticos.*

Firma de paciente/ Garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente en letras de imprenta/ Garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Experimenta cualquiera de estos síntomas?	Si	No
Secreción nasal		
Picazón en la nariz		
Congestión nasal		
Picazón en los ojos		
Ojos llorosos		
Estornudos frecuentes		
Comezón en la garganta/labios/boca		
Goteo nasal posterior (secreción que baja por la parte posterior de la garganta que conduce a tener que aclarar la garganta)		

**¿Con que frecuencia experimenta estos síntomas?**

De vez en cuando (2-3 veces al año)

Mas de 3 veces al año

Unos periodos largos de tiempo por año (primavera, verano, otoño, invierno)

La mayor parte del año

**¿Toma usted medicamento recetado o de venta libre para controlar sus síntomas de alergias?**     Sí     No

**Por favor marque los síntomas o condiciones que ha tenido en los últimos 1 a 2 años:**

<input type="checkbox"/> Problemas de senos paranasales (presión/dolor, dolores de cabeza, sinusitis)	<input type="checkbox"/> Sueño inquieto, retos para dormir toda la noche, ronquidos
<input type="checkbox"/> Resfriados durante cambios de estación	<input type="checkbox"/> Tos consistente o que regresa
<input type="checkbox"/> Resfriados crónicos (que duran mas de 2 meses)	<input type="checkbox"/> Se siente fatigado, irritable, y inquieto
<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Asma
	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel (seca y/o le pica)

**¿Está interesado en las pruebas de alergia?**     Sí     No

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

***Nos complace ofrecerle un acceso simple y seguro las 24 horas, los 7 días de la semana, a su información de salud personal a través de nuestro Portal para pacientes de EMA.***

***¡Obtenga acceso 24/7 desde cualquier computadora, teléfono inteligente o tableta! ¿Por qué llamar cuando puedes hacer clic?***

- Comuníquese con su médico
- Solicitar una recarga de medicamentos
- Revise los resultados de su laboratorio
- Obtenga información sobre sus diagnósticos y tratamientos
- Upd Actualice su historial médico, demografía y mucho más



### **Tu salud, en tus manos. Comience ... ¡ Es tan fácil con 1, 2, 3!**

1. Revise su correo electrónico para la invitación del portal y haga clic en el enlace. Si no recibió este correo electrónico, verifique su carpeta de correo no deseado o envíenos un correo electrónico a [scheduling@texasdls.com](mailto:scheduling@texasdls.com). **Tenga en cuenta que el enlace de invitación por correo electrónico caducará después de 72 horas.**
2. Verifique su identidad y cree una contraseña.
3. Para iniciar sesión en el portal del paciente una vez que lo haya activado, simplemente haga clic en el enlace del portal del paciente desde nuestro sitio web [www.texasdls.com](http://www.texasdls.com).

### **¿Preguntas o comentarios? ¡Envíanos un correo electrónico!**

- [scheduling@texasdls.com](mailto:scheduling@texasdls.com) para programar preguntas o solicitar una invitación al portal del paciente.
- [ma@texasdls.com](mailto:ma@texasdls.com) para cuestiones médicas o rellenar las solicitudes, por favor de 24 hours.
- [billing@texasdls.com](mailto:billing@texasdls.com) para preguntas de facturación.
- Si tiene preguntas sobre la cobertura de seguro, comuníquese con su proveedor de seguro.
- **Pague su factura en línea @ Texasdls.com.**

---

**Patología (si corresponde):** los cargos por estos servicios se **suman** a los cargos regulares de su médico. Los cargos por patología pueden provenir directamente de los siguientes laboratorios: Aurora Diagnostics (South Texas Dermatopathology), Quest Diagnostics y Pathology Reference Lab. Tenga en cuenta que si alguno de estos servicios se niega como fuera de la red, no está cubierto por los términos de su póliza de seguro, no es médicamente necesario, ya que requiere un deducible o copago u otros asuntos relacionados, el paciente o la parte responsable será facturado necesario, ya que requiere un deducible o copago u otros asuntos relacionados, se facturará al paciente o parte responsable.

**Texas Dermatology**  
San Antonio, Texas  
Ph (210) 829-5180 | Fax (210) 829-5030  
[www.texasdls.com](http://www.texasdls.com)