

Dr. Cheryl D. Bansal, MD
Dr. Anita Henderson, MD
Elizabeth DiPaola, FNP-BC
Dathao Huynh, FNP-BC
Sook Hyun, FNP-C
Sherry Cohen, FNP-BC
Rosena Cheng, ANP/GNP-BC
Cindy Mashima, PA-C
Stephanie Morgan, RN



medical &
aesthetic
Dermatology

9256 Bendix Road, Suite 200A
Columbia, MD 21045
Phone: 443-542-0505
Fax: 443-542-0506
www.ColumbiaSkinMD.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ____
Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Correo electrónico del paciente: _____ Teléfono del paciente: _____
Relación del paciente con el asegurado: _____ Ser _____ Esposo _____ Niño _____ Otro _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: ____
Dirección del asegurado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar esta reclamación. También solicito el pago de los beneficios gubernamentales y de todos los beneficios médicos a Medical & Aesthetic Dermatology.

Firma del paciente (padre o guardián si el paciente es menor de edad) _____ / ____ / ____
Fecha

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LAS POLÍTICAS DEL CONSULTORIO

Seguro: Autorizo a este consultorio a presentar una reclamación y, si es necesario, documentación médica a mi compañía de seguros, abogado u otra entidad financieramente responsable en mi nombre. Acepto proporcionar información precisa en el momento de CADA visita. Si se proporciona información inexacta, inactiva o no se proporciona información en el momento del servicio, acepto pagar el saldo total de la cuenta por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier monto no cubierto por mi seguro, incluidos, entre otros, copagos, coaseguros y deducibles.

Referencias: Entiendo que soy responsable de proporcionar una referencia de otro médico si mi seguro lo requiere para ser atendido por este consultorio. Si mi compañía de seguros rechaza un reclamo porque no se proporcionó una referencia en el momento del servicio, acepto ser financieramente responsable del saldo total de los servicios brindados. Nota: Si no sabe si se requiere una referencia, llame a su seguro. El nombre del consultorio es Medical and Aesthetic Dermatology y el NPI# es 1720364227 y el número de identificación fiscal es 45-1330815. Entiendo que en algunos casos mi médico de atención primaria puede aprobar una referencia retroactiva. Seré responsable de comunicarme con mi médico de atención primaria después de mi visita y solicitar que se envíe una referencia retroactiva al consultorio del proveedor por fax al 443-542-0506. Entiendo que mi compañía de seguros determina si considerarán válida una referencia retroactiva para procesar mi reclamo. Acepto que si mi compañía de seguros determina que mi referencia retroactiva no es válida, seré financieramente responsable de todos los cargos que no estén cubiertos. Solo se me permitirá firmar 1 exención de referencia; Cualquier visita posterior se facturará a la tarifa de pago personal hasta que se obtenga una referencia válida.

Saldos Delincuentes: Una cuenta se considera delincente si se proporciona una dirección postal no válida y/o la antigüedad del saldo alcanza los 90 días o más después de que el saldo se convierte en responsabilidad del paciente. Entiendo y acepto ser financieramente responsable de cualquier cargo o tarifa adicional asociada con los saldos delincuentes. Los cheques devueltos estarán sujetos a una tarifa de \$35.00.

Política de cancelación o no presentación: Acepto notificar al consultorio con al menos 24 horas de anticipación sobre una cita programada para cancelar o reprogramar la cita. Acepto que si no notifico al consultorio con 24 horas de anticipación o no llego a una cita a la hora programada, puedo ser responsable de un cargo de \$50 por visitas médicas y/o un cargo de \$100 por citas cosméticas o quirúrgicas. El consultorio se reserva el derecho de dar de alta a un paciente después de un total de tres citas canceladas o sin presentarse.

Política de retrasos: Nos esforzamos por respetar su tiempo tanto como usted respeta el nuestro. Si bien agradecemos que nos llame con anticipación para informarnos que llegará tarde, esto no alterará nuestra política. Si llega tarde a su cita, haremos todo lo posible para complacerlo, pero no podemos garantizar que pueda ser atendido. Si llega después de la hora de su cita, es probable que deba reprogramarla para otro día u hora.

Política de consulta cosmética: Entiendo que las consultas cosméticas tienen un costo de \$200.00 por consulta. También reconozco que si me presento para un tratamiento y la cita se cambia a una consulta, aún soy responsable del costo de la consulta.

Ley de Maryland (Sección 18-338.3 y siguientes): Acepto que si, durante el curso de la atención, un proveedor/trabajador de la salud puede estar expuesto directamente a mi sangre o fluidos corporales de una manera que pueda transmitir la hepatitis B, C o el SIDA, para la protección y el bienestar del proveedor/trabajador de la salud, es importante que se realice una prueba en mi sangre sin cargo para mí para determinar si soy portador de los virus y que, según la ley de Maryland, se considera que he dado mi consentimiento para dicha(s) prueba(s) y para la divulgación de los resultados de la prueba al proveedor/trabajador de la salud expuesto. También entiendo que se considera que los proveedores/trabajadores de la salud dan su consentimiento para las pruebas y la divulgación de los resultados a mí, en caso de que esté expuesto de manera similar.

Acepto los términos de este acuerdo: _____ (Firma del paciente o responsable)

Fecha: _____



Acuerdo de no presentación/cancelación tardía

- ❖ Entiendo/acepto que las citas deben cancelarse con 24 horas de anticipación y que seré financieramente responsable de todas las citas que no se cancelen 24 horas antes de la hora programada de la cita.
- ❖ Entiendo que quizás recibiré un correo electrónico o una llamada telefónica recordatorio de cortesía, pero en última instancia soy responsable de realizar un seguimiento de mis citas programadas.
- ❖ Entiendo que las primeras inasistencias o cancelaciones tardías pueden ser eximidas, pero las posteriores inasistencias o cancelaciones tardías serán cobradas. Se cobrará una tarifa de \$50 por cada cita médica perdida y una tarifa de \$100 por cada cita quirúrgica o procedimiento cosmético perdido.
- ❖ Como resultado de tres citas perdidas, se me solicitará que tenga una tarjeta de crédito registrada que se cargará automáticamente en el momento de cualquier cita futura perdida. *** Tenga en cuenta que, si tiene un saldo activo en su cuenta, es posible que se le solicite que pague parte de su saldo.**
- ❖ Entiendo que después de tres citas perdidas, estoy en peligro de que me pidan que abandone el consultorio.
- ❖ Entiendo/acepto que si cancelo mi cita sin previo aviso, no recibiré adaptaciones especiales para reprogramarla.
- ❖ Entiendo que perder una cita puede resultar en retrasos en las solicitudes, como reabastecimiento de medicamentos, papeleo, etc.
- ❖ Entiendo que si la escuela de mi hijo está cerrada o cierra temprano, no significa que se me eximirá el pago de la cita si no me presento o cancelo tarde.

Al firmar a continuación, acepto cumplir con los términos de este acuerdo y autorizar a Medical & Aesthetic Dermatology a procesar la tarjeta registrada para todos los cargos resultantes de una cita perdida. Se han abordado todas las preguntas o inquietudes relacionadas con este acuerdo.

Nombre impreso del cliente o padre/ guardián

Firma del cliente o firma del padre/ guardián, si es menor de 18 años

Fecha



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que se utiliza o divulga su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para que usemos y divulguemos su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito y con su firma. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado basándonos en su consentimiento previo. El consultorio proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

El paciente comprende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica
- El consultorio tiene un Aviso de prácticas de privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso
- El consultorio se reserva el derecho de cambiar el Aviso de políticas de privacidad
- El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información, pero el consultorio no tiene que aceptar esas restricciones
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán
- El consultorio puede condicionar el tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Con quién más podemos discutir su información médica personal?

- **Padre** (no aplica si el niño es menor de edad) Nombre : _____
 - **Esposo**: Nombre: _____
 - **Otro**: Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
- Válido hasta (si se deja en blanco, 3 años es supenido) Fecha: ____/____/____

**** Al firmar su nombre a continuación, usted acepta que esto es válido como su firma.***

Firma del paciente (padre o guardián si el paciente es menor de edad)

Relación con el paciente (si no es el paciente)

_____/_____/_____
Fecha



Nombre del paciente: _____
 Fecha de Nacimiento del paciente: ____/____/____
 Número telefónico: _____
 Correo electrónico: _____

NO deseo que me contacten para material promocional.

Farmacia: _____
 Indique el nombre de la farmacia, la dirección y la ciudad.

HISTORIA CLÍNICA PASADA

Acné	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lunares atípicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Eczema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sudoración excesiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca/ataque	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Herpes Simple	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Picor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolores articulares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nefropatía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Lupus	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Melanoma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soriasis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otro :	_____	

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguien de su familia inmediata (padres, abuelos, hermanos) ha tenido:

Alergias Eczema Melanoma
 Cáncer de piel no melanoma Ninguno

PACIENTES PEDIÁTRICOS (MENORES DE 19 AÑOS)

Altura: _____ Peso: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA

¿Es necesario tomar antibióticos antes de cualquier trabajo quirúrgico y/o dental? Sí No

HISTORIA DE LA PIEL

¿Tiene algún problema con la piel o la cicatrización de heridas? Sí No

¿Se forman queloides o cicatrices gruesas después de la cirugía? Sí No

¿Sangra usted fácilmente? Sí No

¿Uso regular de camas solares, pasado o presente? Sí No

¿Ha sufrido o tiene alguna quemadura solar con ampollas? Sí No

SOLO MUJERES

Períodos irregulares Sí No

Tratando de quedar embarazada Sí No

Control de la natalidad Sí No

Actualmente embarazada/amamantando Sí No

HISTORIA SOCIAL

¿Fuma usted? Sí No

¿Bebes alcohol? Sí No

GENERAL

Medicamentos (por favor enumerarlos) Ninguno

Alergias (por favor enumerarlas) Ninguno

Dr. Cheryl D. Bansal, MD
Dr. Anita Henderson, MD
Elizabeth DiPaola, FNP-BC
Dathao Huynh, FNP-BC
Sook Hyun, FNP-C
Sherry Cohen, FNP-BC
Rosena Cheng, ANP/GNP-BC
Cindy Mashima, PA-C
Stephanie Morgan, RN



medical &
aesthetic
Dermatology

9256 Bendix Road, Suite 200A
Columbia, MD 21045
Phone: 443-542-0505
Fax: 443-542-0506
www.ColumbiaSkinMD.com

Plan de atención avanzada/Directivas avanzadas/Toma de decisiones médicas

TENGA EN CUENTA: Este no es un formulario de contacto de emergencia. Es la delegación de un representante a quien usted ha autorizado para tomar decisiones médicas en su nombre, en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo. Por favor, lea el formulario y complételo según las instrucciones. Puede actualizarlo en cualquier momento contactando con nuestra oficina. Para obtener más información sobre la planificación anticipada de la atención, puede escanear este código QR con la cámara de su teléfono:



(nia.nih.gov)

¿Tiene un sustituto para la toma de decisiones? De ser así, complete su información a continuación.

Sí:

Nombre: _____ Relación: _____ Número telefónico: _____

NO: No tengo a nadie designado para tomar decisiones médicas en mi nombre.

Nombre impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____