

INFORMACION DE PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Nombre de preferencia:
Direccion:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Cellular movil:	Telefono de casa:	
Correo electronico:	Idioma preferido:	
Forma de comunicacion de preferencia: ☒ Portal de Paciente ☐ Texto ☐ Llamada con mensaje ☐ Llamada sin dejar mensaje		
Farmacia de preferencia:	Direccion:	Telefono #:
Como escucho sobre nosotros? ☐ Soy paciente previo ☐ Otra		

Titular Asegurado (nombre como se muestra en su tarjeta medica)

Apellido:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Relacion al paciente:
Nombre de aseguranza medica:	Direccion para reclamos:
Ciudad:	Estado:
Codigo Postal:	
Numero de poliza:	Numero de Grupo #:

Asegurado Secundaria (en caso que tenga mas de una poliza de aseguranza)

Apellido:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Relacion al paciente:
Nombre de Segunda Poliza:	Direccion para enviar reclamos:
Ciudad:	Estado:
Codigo Postal:	
Numero de poliza:	Numero de Grupo #:

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE FINANCIERA

Apellido:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Relacion al paciente:
☐ Me interest guardar una tarjeta de pago en mi archivo	☐ Me interest saber mas de CARE CREDIT

Me interest mas infomacion sobre los siguientes temas:

Cosmeticos(Botox, Rellenos):
Lasers, Tratamiientos para eliminar grasa:
Faciales, Productos:
Otros:

Favor de presentar una identificacion con foto al igual que su tarjeta de aseguranza medica. Ambas seran integradas digitalmente a su archivo medico.

Questionario de Acne

H	Hace cuanto tiempo empezo a brotar de acne	Semanas	Meses	Anos	Va y viene	
En que areas tiene los brotes?	Cara	Pecho	Espalda	Hombros	Piernas	Cuero Cabelludo
Especificar area:	A lo largo de la linea del cabello		Quijada/barbilla	Detras del cuello	Gluteos	
Que Tipo de acne:	Puntos negros	Puntos Rojos	Puntos Blanco's inflamados		Quistes Dolorosos profundos	
Cicatrices?	Descoloracion/manchas negras		Hoyos	hendidura ancha	Nudos debajo de piel	
Mi Piel es mas:	Seca	Grazosa/aceitosa	Combinacion	Sensible	No sensible	
Mi acne empeora cuando:	Ejercito	Estres	Viajes	Uso productos de cabello		
Actividades que aumenta mis sintomas de acne ?						
Actualmente utilizo:	Therapia Hormonal	Suplementos de entrenamiento		Dosis alta de vitamina B		

Detalles:

Alguna vez estuvo tomando medicamento para el tratamiento de acné ? (incluyendo cremas, medicamento oral o productos de tienda)

Alguna vez tomo alguna forma de ACCUTANE: No Si, cuanto y durante cuanto tiempo: _____

Estoy interesado en hablar HOY de: Cremas solamente Cremas y pastillas Hablar de tratamiento Accutane

*Esperar recomendaciones de doctora

Que utiliza para lavar su cara? _____

Que crema humectante de cara usa: _____ Es libre de aceites:?

Alguna otro tratamiento de cara que Este usando (mascarillas, aceites, maquillaje, tonador etc)? (porfavor sea especifico)

Questionario para MUJERES

Tiene un periodo menstrual regular? Si No Ya no tengo periodos menstruales

Sus sintomas de acné son peor durante su ciclo menstrual?:	No	Si, antes de	Si durante, despues
--	----	--------------	---------------------

Actualmente toma un anticonceptivo?: No Si, Cual?:

Tiene planes de embarazarse próximamente?:	No	Si, dentro de 12 meses	Actualmente, intentando

HISTORIAL MEDICO

Nombre y apellido:		Fecha de nacimiento:		Fecha de cita:	
Idioma preferido:		Occupacion/Empleador:			
Nombre de su doctor principal:		Telefono:			
Historial de exposicion solar: Quemadura de sol			Uso de cama bronceadora		
Motivo de su visita:					
fecha de ultimo reviso pre-canceroso:			Revisado por (nombre de dermatologo):		
Nombres de productos actualmente usando si su motivo de visita es Acne:					
AM:		PM:			

HISTORIAL MEDICO GENERAL

Opciones

Valvula Cardiaca artificial/infeccion
Articulacion artificial
Hepatitis
HIV/SIDA
VHS (virus de herpes simple)
Transplante de organo
Marcapasos
Infeccion por estafilococos

Sirugias/procedimiento (ultimo 2 anos):

HISTORIAL DE CANCER DE PIEL

Opciones

Tengo historial de cancer de piel
Tengo historial de cancer de piel

Ubicacion de area donde fue ubicado el cancer y que Tipo?

Allergias:

Opciones

Adhesivos
Epinefrina
Lidocaina

HISTORIAL SOCIAL

Uso de Alcohol:

Opciones

< de 1 diaria
2-3 Diarias

Cigarros:

Nunca

Opciones

Nunca

Fumador activo

MEDICAMENTOS ACTUALES | Lista de todos sus medicamentos actuales (incluye quimioterapia, comprados en tienda, vitaminas, suplementos):

*Embarazada/planeando ☐
*Lactando ☐
*Medicacion biologica ☐
*Quimioterapia ☐
*Hemorragias ☐
*Inmunosupresion ☐

Recuento Sanguineo anormal ☐
Cicatrizacion anormal ☐
Enfermedad del higado ☐
Insuficiencia Renal ☐
Anticoagulantes ☐
Otros:

Vacunas Recientes?

Flu (Entre Octubre y Marzo) ☐
Pneumonia (Edad 65 o mas) ☐
Culebrilla (Edad 50 o mas) ☐
Covid ☐
Virus del papilloma Humano (VPH) ☐

HISTORIAL DE PIEL

(Incluye presente o pasado)

Ninguno ☐
Acne ☐
Queratosis Actínica ☐
Lunares Atipicos ☐
Dermatitis de contacto ☐
Descoloracion ☐

Asthma ☐
Allergias ☐
Caspa ☐
Piel Seca ☐
Eczema ☐
Soriasis ☐

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorizo a Intentional Dermatology and Health, a sus empleados y agentes, incluidos médicos, asistentes médicos y otros empleados, a proporcionar cualquier servicio de atención médica que mi proveedor considere necesario para el diagnóstico y/o tratamiento. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará vigente hasta que sea revocado por escrito.

Si se realiza una biopsia, autorizo al patólogo a enviar mi muestra para una segunda opinión y/o realizar pruebas especiales, si es médicamente necesario para garantizar un diagnóstico preciso. Entiendo que pueden generarse costos adicionales y que seré responsable de cualquier saldo pendiente que no sea cubierto por mi compañía de seguros, Medicare y/o póliza suplementaria.

Entiendo que, al no firmar este consentimiento, no se proporcionará atención médica al paciente, excepto en caso de emergencia.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS

Entiendo que durante el curso del tratamiento pueden tomarse fotografías con fines clínicos y educativos. No se permite la grabación de audio, video ni fotografía por parte de personas que no sean miembros del personal.

CONSENTIMIENTO PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS AL SEGURO

Entiendo que, para presentar reclamos y divulgar información médica a mi compañía de seguros, Medicare y/o póliza suplementaria, Intentional Dermatology and Health debe conservar mi firma en archivo. Por la presente, autorizo a Intentional Dermatology and Health a recibir los beneficios directamente de mi compañía de seguros, Medicare y/o póliza suplementaria cuando se presente un reclamo asignado.

Entiendo que esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con enfermedades transmisibles, como el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

También autorizo a Intentional Dermatology and Health a apelar cualquier denegación ante mi compañía de seguros, Medicare y/o póliza suplementaria, en mi nombre, y a divulgar cualquier información médica necesaria para el procesamiento de reclamos.

Entiendo que soy financieramente responsable del total de los cargos por los servicios prestados, incluidos aquellos que puedan no estar cubiertos por mis compañías de seguros. Acepto que todos los montos son pagaderos a solicitud y deben abonarse a Intentional Dermatology and Health. Además, entiendo que, si mi cuenta entra en mora, pagaré los honorarios razonables de cobro y los honorarios legales incurridos por Intentional Dermatology and Health, si los hubiera.

CONSENTIMIENTO PARA HISTORIAL ELECTRÓNICO DE PRESCRIPCIONES

Entiendo que, para ofrecer la mejor atención al paciente, Intentional Dermatology and Health obtendrá mi historial de recetas que han sido ordenadas y surtidas a través de un sistema de EHR (Registro electrónico de Salud). Autorizo a Intentional Dermatology and Health a importar dicho historial de prescripciones a mi expediente electrónico.

CONSENTIMIENTO PARA RECORDATORIOS DE CITAS/ COMUNICACIONES CON TERCEROS

Autorizo a Intentional Dermatology and Health a enviarme recordatorios de citas mediante mensajes de texto automáticos (SMS), y llamadas telefónicas, correos electrónicos y otra información relacionada con dermatología, incluidos productos o servicios de salud y encuestas de calidad de atención proporcionadas por la clínica.

Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes/Datos según mi plan de teléfono celular. Autorizo a Intentional Dermatology and Health y sus agentes de cobranza externos "SYPORE" a utilizar toda la información de contacto que haya proporcionado para comunicarse conmigo en relación con mi cuenta.

Acepto que las afiliadas pueden comunicarse conmigo por mensaje de texto, llamadas sin timbre (ring less) o correos electrónicos para proporcionarme mi factura y recordarme el pago de los servicios brindados, en cumplimiento con las leyes federales y estatales.

Entiendo que no estoy obligado(a) a recibir notificaciones automáticas y puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento siguiendo las instrucciones al recordatorio. Además, puedo revocar mi consentimiento para recibir cualquier comunicación en cualquier momento.

****Al firmar a continuación, certifico que he leído la información anterior y que se me han respondido mis preguntas sobre estas políticas. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo con la información anterior. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará vigente hasta que sea revocado por escrito.**

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre del menor/tutorial:		Relación con paciente:	
Firma del paciente/guardian:		Fecha:	

DECLARACION Y CONSENTIMIENTO FINANCIERO DEL PACIENTE

Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos de los servicios prestados en mi nombre o en nombre de mi dependiente, independientemente de si estan o no cubiertos por mi compania de seguros, Medicare y/o poliza suplementaria.

El Pago se requiere en el momento en que se presten los servicios. Intentional Dermatology and Health, de acuerdo con el contrato establecido con su compania de seguros, puede cobrar el copago, el coseguro y cualquier deducible no satisfecho al momento del servicio.

El monto cobrado es una estimacion basada en la informacion de beneficios disponible. La informacion especifica de la poliza a menudo es limitada o no esta disponible hasta despues de que se haya prestado el reclamo.

La cobertura del seguro no garantiza el pago. Entiendo que soy responsable de cualquier saldo restante no cubierto por mi compania de seguros, Medicare y/o poliza suplementaria.

Es mi responsabilidad comunicarme con mi compania de seguros si tengo preguntas sobre mis beneficios o cobertura.

Entiendo que si se realiza un procedimiento quirurgico o una biopsia que requiere un examen adicional por parte de un patologo, habra tres cargos separados, segun lo exige mi plan de seguro medico:

- 1.Un cargo de mi proveedor tratante por la recoleccion de la muestra
- 2.Un cargo del patologo, medico que examina la muestra
- 3.Un cargo del laboratorio que prepara la muestra para el patologo

Entiendo que recibire facturas por separado de mi proveedor tratante, del patologo y laboratorio.

-Entiendo que mi compania de seguros, Medicare y/o poliza suplemenatria puede tener un laboratorio preferido para los analisis de sangre. Es mi responsabilidad saber que laboratorio preferido debo utilizar e informar a mi proveedor en el momento del servicio.

Entiendo que se puede aplicar un cargo por cheques devueltos

Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro requiere una referencia (referido) de mi medico de atencion primaria y que me corresponde obtener dicha referencia.

Entiendo que, sin esta referencia, mi seguro no pagara ningun servicio, y que sere financieramente responsable por todos los servicios prestados.

Al firmar a continuacion, certifico que he leido la informacion anterior y que mis preguntas relacionadas con estas politicas han sido respondidas.

Mi firma tambien certifica mi comprension y conformidad con la informacion anterior.

La duracion de este consentimiento es indefinida y continuara vigente hasta que sea revocada por escrito.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre del menor/tutorial:	Relacion con paciente:
Firma:	Fecha:

AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Autorizo a Intentional Dermatology and Health a divulgar todos los detalles relacionados con mis diagnosticos medicos, tratamientos e informacion de facturacion/reclamaciones a las personas indicadas a continuacion. Esta autorizacion es voluntaria, y entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion mediante una solicitud por escrito dirigida a la oficina. Entiendo que la informacion divulgada bajo esta autorizacion puede ser nuevamente divulgada por la persona u organizacion a la que la lista que se incluye a continuacion puede no ser exhaustiva y que mi informacion de Saludo protegida (PHI, por sus siglas en ingles) puede ser divulgada a otras personas adicionales con base en mi autorizacion por escrito o segun lo indicado en nuestro aviso de practicas de privacidad. Esta autorizacion permanecera en vigor indefinidamente, a menos que sea revocada por escrito por mi

☐ Eligo **NO** autorizar a ningun individuo a obtener informacion medica/financiera de mi persona

☐ Eligo **SI** autorizar a los individuos siguientes a obtener informacion medica/financiera de mi persona

Nombre y apellido:	Relacion a paciente:	Numero telefonico:	Medico	Financiero
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

comunicacion para resultados benignos no cancerosos	☐ portal de paciente ☐ Texto ☐ correo ☐ llamada
Autorizacion El medio de comunicacion elegido en la parte indicada de la caja de opcion	

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia y he leído el aviso de prácticas de privacidad, el cual explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Autorizo la divulgación de mi información médica necesaria para evaluar y/o tratar mi condición, procesar reclamaciones de seguros en mi nombre y para otras operaciones necesarias de atención médica de Intentional Dermatology and Health. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

POLITICA DE CANCELACION DE CITAS

Es mi responsabilidad llamar a la oficina para cancelar mi cita con al menos 24 horas de anticipación. Intentional Dermatology and Health se reserva el derecho de cobrar una tarifa si la cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación. Además, la oficina se reserva el derecho de reprogramar las citas a las que llegue tarde.

SERVICIOS COSMETICOS Y VENTAS DE PRODUCTOS

El pago por los servicios cosméticos debe realizarse en su totalidad de la prestación del servicio. Debido a la naturaleza de los productos cosméticos, es posible que no se permitan devoluciones ni cambios.

****Al firmar a continuación, certifico que he leído la información anterior y que se me han respondido mis preguntas sobre estas políticas. Mi firma también certifica mi comprensión y acuerdo con la información anterior. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará vigente hasta que sea revocado por escrito.**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre del menor/tutorial:	Relación con paciente:
Firma:	Fecha:

AS REQUIRED BY THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY & ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA)

A. OUR COMMITMENT TO YOUR PRIVACY Our practice is dedicated to maintaining the privacy of your individually identifiable health information. In conducting our business, we will create records regarding you and the treatment and services we provide to you. We are required by law to maintain the confidentiality of health information that identifies you. We also are required by law to provide you with this notice of our legal duties and the privacy practices that we maintain in our practice concerning your protected health information (PHI). By federal and state law, we must follow the terms of the notice of privacy practices that we have in effect at the time. We realize that these laws are complicated, but we must provide you with the following important information: •How we may use and disclose your PHI •Your privacy rights regarding your PHI •Our obligations concerning the use and disclosure of your PHI

The terms of this notice apply to all records containing your PHI that are created or retained by our practice. We reserve the right to revise or amend this Notice of Privacy Practices. Any revision or amendment to this notice will be effective for all your records that our practice has created or maintained in the past, and for any of your records that we may create or maintain in the future. Our practice will always post a copy of our current Notice in our offices in a visible location, and you may request a copy of our most current Notice at any time.

B. IF YOU HAVE QUESTIONS ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT:

Intentional Dermatology and Health
P.O. Box 2722
Grapevine, TX 76099.

WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) IN THE FOLLOWING WAYS:

C.

1. Treatment. Our practice may use your PHI to treat you. Many of the people who work for our practice – including, but not limited to, our doctors and nurses – may use or disclose your PHI in order to treat you or to assist others in your treatment.

2. Payment. Our practice may use and disclose your PHI in order to bill and collect payment for the services and items you may receive from us.

3. Health Care Operations. Our practice, and its affiliated entities and management company, may use and disclose your PHI to operate our business. As examples of the ways in which we may use and disclose your information for our operations, our practice may use your PHI to evaluate the quality of care you received from us, or to conduct cost-management and business planning activities for our practice.

4. Appointment Reminders. Our practice may use and disclose your PHI to contact you and remind you of an appointment. We will notify you about your appointment utilizing an automated phone system, a personal call, text or by mail. This notification may involve leaving a message on an answering machine or other automated or electronic equipment for such purposes, which could (potentially) be received or intercepted by others. **5. Sign in Sheet.** We may use and disclose medical information about you by having you sign in when you arrive at our office. We may also call out your name when we are ready to see you.

6. Treatment Options. Our practice may use and disclose your PHI to inform you of potential treatment options or alternatives.

7. Health-Related Benefits and Services. Our practice may use and disclose your PHI to inform you of health-related benefits or services that may be of interest to you.

8. Release of Information to Family/Friends. Our practice will routinely disclose to your responsible party(ies) the PHI directly relevant to his/her involvement with your health care, PHI related to payment of your health care, and PHI used for notification purposes. Our practice may release your PHI to another responsible party(ies) you identify, that is involved in your care.

9. Marketing. We may contact you to give you information about products or services related to your treatment, or care. We will not otherwise use or disclose your medical information for marketing purposes, without your prior written authorization.

10. Sale of Health Information. We will not sell your health information without your prior written authorization.

11. Disclosures Required by Law. Our practice will use and disclose your PHI when we are required to do so by federal, state, or local law.

12. Breach Notification. In the case of a breach of unsecured protected health information, we will notify you as required by law.

13. Responding to Lawsuits. We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

D. USE AND DISCLOSURE OF PHI IN SPECIAL CIRCUMSTANCES

The following categories describe unique scenarios in which we may use or disclose your protected health information:

1. Public Health Risk Reporting. Our practice may disclose your PHI to public health authorities that are authorized by law. For example, we are required to report certain communicable diseases to the state's public health department.

2. Law Enforcement. Your health information may be disclosed to law enforcement agencies, military, and national security without your permission, to support government audits and inspections, to facilitate law enforcement investigations, and to comply with government mandated reporting.

3. Workers' Compensation. Our practice may release your PHI for workers' compensation and similar programs that provide benefits for work-related injuries or illnesses.

E. YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI

You have the following rights regarding the PHI that we maintain about you. These include:

- The right to request restrictions on the use and disclosure of your protected health information, including to request that a health plan not be informed of treatment for which patient paid entirely out of pocket.
- The right to prohibit the sale of your protected health information, its use for marketing purposes, or participation in research.
- The right to request to receive confidential communications concerning your medical condition and treatment in a specific manner.
- The right to inspect and obtain copies of your protected health information.
- The right to request an amendment or corrections to your protected health information.
- The right to receive an accounting of how and to whom your protected health information has been disclosed outside of our practice if not for treatment, payment, or health care operations.
- The right to file a complaint if you believe your privacy rights have been violated. Please file your complaint in writing. You will not be penalized for filing a complaint.
- The right to receive a printed copy of this notice.

All requests must be made in writing to

Intentional Dermatology and Health P.O. Box 2722 Grapevine, TX, 76099.
There may be a fee associated with any requests.

F.

RIGHT TO PROVIDE AN AUTHORIZATION FOR OTHER USES AND DISCLOSURES. Our practice will obtain your written authorization for uses and disclosures that are not identified by this notice or permitted by applicable law. Any authorization you provide to us regarding the use and disclosure of your PHI may be revoked at any time in writing. After you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your PHI for the reasons described in the authorization. Please note, we are required to retain records of your care. If you believe your privacy rights have been violated, you may complain to the secretary of the U.S. Department of Health and Human Services by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or to Intentional Dermatology and Health at P.O. Box 2722, Grapevine, TX 76099. There will not be retaliation against you for filing a complaint.

Again, if you have any questions regarding this notice or our health information privacy policies, please contact:
Intentional Dermatology and Health 817-985-7685