



## LAS COLINAS DERMATOLOGY

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con mi consentimiento, Las Colinas Dermatology puede usar y divulgar información médica protegida (PHI) Acerca de mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Consulte el Aviso de Privacidad Prácticas de Las Colinas Dermatology para una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Las Colinas Dermatology reserva el derecho de revisar su aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

El Aviso de prácticas de privacidad puede obtenerse enviando una solicitud por escrito a Las Colinas Dermatology al 440 W. IH 635, Suite 365, Irving, TX 75063.

Con mi consentimiento, Las Colinas Dermatology puede llamar a mi casa o otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio entre otros. Yo entiendo que Las Colinas Dermatology puede ocasionalmente estar ofreciendo promociones especiales, eventos, descuentos, o el anuncio de nuevos tratamientos cosméticos, servicios, o productos que me puedan interesar.

Con mi consentimiento, Las Colinas Dermatology también puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación designada cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas, declaraciones de los pacientes o información sobre promociones especiales, eventos, descuentos, o El anuncio de nuevos tratamientos cosméticos, servicios, o productos que pueda encontrar de interés.

Con mi consentimiento, Las Colinas Dermatology puede enviarme por correo electrónico cualquier artículo que ayudan a la práctica a llevar a cabo TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones de pacientes. Tengo derecho a solicitar que Las Colinas Dermatology restringir la forma en que utiliza o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO. Sin embargo, no se requiere que la clinica acepte las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por el presente acuerdo. Yo entiendo que Las Colinas Dermatology puede ocasionalmente ofrecer promociones especiales, eventos, descuentos, o el anuncio de nuevos tratamientos, servicios, o productos que me puede interesar, y consentimiento para recibir esta información por correo electrónico.

Firmando este formulario, Yo consiento que Las Colinas Dermatology use y revele mi PHI para llevar a cabo TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la oficina ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Las Colinas Dermatology puede negarse a proporcionarme tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del paciente o tutor legal



## LAS COLINAS DERMATOLOGY POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Las Colinas Dermatology. Dr. Alison Black y Cheryl Sundlov, PA-C se comprometen a proporcionar excelente servicios de dermatología para usted, nuestro paciente. Como parte de nuestra relación profesional, Es importante que comprenda nuestra política financiera.

**Todos los pacientes deben leer y firmar este formulario antes de recibir los servicios.**

❖ **Es su responsabilidad proporcionarnos su información de seguro más actualizada.**

- Si no proporciona información precisa del seguro de manera oportuna, su compañía de seguros puede negar el reclamo. Si el reclamo es rechazado usted será financieramente responsable de los servicios. debemos destacar que, como proveedores médicos, nuestra relación es contigo, el paciente, y no su compañía de seguros. Su seguro es un contrato entre usted, su compañía de seguros y posiblemente su empleador. Es su responsabilidad conocer y comprender el nivel de servicios cubiertos por su compañía de seguros.
- Podemos aceptar la asignación de seguros después de la verificación de su cobertura, Tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios prestados pueden no estar cubiertos en su totalidad por su compañía de seguros. **Usted es financieramente responsable de los servicios no cubiertos por su compañía de seguros.**
- Cobramos lo habitual y habitual para nuestra zona. Usted es responsable del pago independientemente de la determinación arbitraria de las tarifas habituales y habituales por parte de cualquier compañía de seguros.
- Copagos, coaseguro o deducibles se tendrán que pagar en el momento del servicio. Estimaremos la cantidad que debe en función de la información que recibimos de su compañía de seguros. Sin embargo, Usted es responsable de pagar el monto total determinado por su compañía de seguros una vez que hayan pagado su reclamo, independientemente de nuestra estimación.

❖ **Es su responsabilidad proporcionarnos su información de facturación más actualizada.**

- Debe proporcionar su dirección de facturación más reciente, todos los números de teléfono disponibles y cualquier otra información de contacto importante. Si su dirección o información de contacto cambia, Es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros con la información actualizada.
- Enviaremos una declaración (a la dirección de facturación que proporcione) notificarle de cualquier saldo que pueda deber. Si tiene alguna pregunta o disputa la validez de este saldo, es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina comercial dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta inicial. Puedes llamar a (972)432-0300.
- **El pago completo es esperado al recibir el estado de cuenta.** Los saldos de los pacientes que no se hayan pagado en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la fecha de emisión del estado de cuenta se consideran vencidos.. **La cuenta vencida puede estar sujeta a un cargo mensual por pago atrasado de \$ 5.00 y puede ser referida a una agencia de cobranza profesional y / o abogado para actividades de cobranza adicionales.** Usted será responsable de pagar todos los costos de cobro incurridos, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si corresponde.
- Si no puede pagar el saldo adeudado en su totalidad, debe comunicarse con nuestra oficina de facturación para discutir un cronograma de pagos. Cualquier cargo por pago atrasado ya incurrido en saldos vencidos se incluirá en cualquier acuerdo mutuamente acordado. Si no realiza los pagos según lo acordado, su cuenta puede ser referida a una agencia de cobranza profesional y/o abogado. Usted será responsable de todos los costos de cobranza incurridos, incluidos los honorarios de abogados y los costos judiciales, si corresponde.
- En el caso de que envíe el pago con cheque y el banco devuelva el cheque impagado por cualquier motivo., Agregaremos \$25.00 a su saldo original. Además, podemos buscar todos los recursos legales adicionales que nos proporcione la ley de Texas.
- Podemos cobrarle un cobro por no asistir a su cita si no cancela o reprograma su cita al menos 24 horas antes de la cita. Puede dejar un mensaje **que no sea de emergencia** en nuestro servicio telefónico fuera del horario de atención si es necesario para una cancelación.
- El pago total se debe en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

He leído y entiendo esta política financiera.

Firma del responsable

Fecha

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

# LAS COLINAS DERMATOLOGY

Alison A. Black, M.D. ~ Cheryl Sundlov, PA-C  
Dermatología y Cirugía Dermatológica

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

## *Historia de la piel* (Marque cualquiera que corresponda)

	✓	<i>Notas (Tratamientos previos, etc)</i>
Fever blisters, cold sores, or other herpes simplex infection <b>(Ampollas febriles, herpes labial u otra infección por herpes simple)</b>	<input type="checkbox"/>	
Actinic keratosis <b>(Queratosis actínica)</b>	<input type="checkbox"/>	
Basal Cell Carcinoma <b>(Carcinoma de células basales)</b>	<input type="checkbox"/>	
Melanoma <b>(Melanoma)</b>	<input type="checkbox"/>	
Squamous Cell Carcinoma <b>(Carcinoma de células escamosas)</b>	<input type="checkbox"/>	
Atypical or Dysplastic moles <b>(Lunares atípicos o displásicos)</b>	<input type="checkbox"/>	
Acne <b>(Acné)</b>	<input type="checkbox"/>	
Eczema <b>(Eczema)</b>	<input type="checkbox"/>	
Psoriasis <b>(Psoriasis)</b>	<input type="checkbox"/>	
Hives <b>(Urticaria)</b>	<input type="checkbox"/>	
Other skin problems not listed. <b>(Otros problemas de la piel no mencionados)</b>	<input type="checkbox"/>	
No significant skin history <b>(Sin antecedentes significativos de la piel)</b>	<input type="checkbox"/>	

## *Cuando estás expuesto al sol:* (Marca uno)

	✓
Never burn, deeply tan <b>Quemar siempre</b>	<input type="checkbox"/>
Usually burn, rarely tan <b>Por lo general, se quema, rara vez se broncea</b>	<input type="checkbox"/>
Often burn, tan slowly <b>A menudo se quema, se broncea lentamente</b>	<input type="checkbox"/>
Sometimes burn, tan well <b>A veces quemarse, broncearse bien</b>	<input type="checkbox"/>
Rarely burn, always tan <b>Rara vez se quema, siempre bronceado</b>	<input type="checkbox"/>
Never burn, deeply tan <b>Nunca se queme, broncee profundamente</b>	<input type="checkbox"/>

**Historial médico anterior del paciente**  
(Marque cualquiera que corresponda)

	✓	<b>Notas</b>
Asthma <b>Asma</b>		
Bleeding Disorder <b>Trastorno hemorrágico</b>		
Diabetes <b>Diabetes</b>		
High Blood Pressure <b>Alta presión</b>		
Stroke <b>Derrame cerebral</b>		
Thyroid Disorder <b>Trastorno de la tiroides</b>		
Hepatitis or other liver problems <b>Hepatitis o otros problemas hepáticos</b>		
Blood clot <b>Coágulo de sangre</b>		
Cancer, other than skin cancer <b>Cáncer, aparte del cáncer de piel</b>		
Depression <b>Depresión</b>		
Heart attack, other heart disease <b>Ataque cardíaco, otra enfermedad cardíaca</b>		
Ulcer or gastritis <b>Úlcera o gastritis</b>		
Lupus or other connective tissue disease <b>Lupus o otra enfermedad del tejido conectivo</b>		
Pacemaker <b>Marcapasos</b>		
Mitral valve prolapse or heart murmur <b>Prolapso de la válvula mitral o soplo cardíaco</b>		
Joint replacement <b>Reemplazo articular</b>		
Immune deficiency <b>Immune deficiency</b>		
Inflammatory bowel disease (Crohns, colitis or other) <b>Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohns, colitis o otros)</b>		
Lung disease <b>Enfermedad pulmonar</b>		
Xray therapy to skin <b>Terapia de rayos X para la piel</b>		
Other medical problems not listed. <b>Otros problemas médicos no mencionados.</b>		

**Cirugías/hospitalizaciones pasadas**  
(Si no hay ninguno, escriba NINGUNO)


## Antecedentes familiares

	Familiar(es) afectado(s)
No Relevant Family History <b>No antecedentes familiares relevantes</b>	
Adopted/Unknown <b>Adoptado/desconocido</b>	
Acne <b>Acné</b>	
Melanoma <b>Melanoma</b>	
Skin Cancer - Basal Cell Carcinoma or Squamous Cell Carcinoma <b>Cáncer de piel - carcinoma de células basales o carcinoma de células escamosas</b>	
Asthma <b>Asma</b>	
Abnormal Bleeding or Clotting <b>Sangrado o coagulación anormal</b>	
Depression <b>Depresión</b>	
Diabetes <b>Diabetes</b>	
Heart Disease <b>Enfermedad cardíaca</b>	
Inflammatory Bowel Disease <b>Enfermedad inflamatoria intestinal</b>	
Other Cancer (list type) <b>Otro cáncer (Que tipo?)</b>	
Other Skin Disease <b>Otras enfermedades de la piel</b>	
Eczema or Atopic Dermatitis <b>Eczema o dermatitis atópica</b>	
Hair Loss <b>Perdida de Cabello</b>	
Other relevant family hx <b>Other relevant family hx</b>	

### Farmacia preferida

	Nombre	Dirección	Número de teléfono
<b>Farmacia preferida</b>			

### Alergias del paciente / alergias a medicamentos (Si no hay ninguno, escriba NINGUNO)

medicamento	reacción	Notas

**Medicamentos actuales**  
(Si no hay ninguno, escriba NINGUNO)

--

**Historia social**

**Alcohol**  
(Marca uno)

	✓
I do not drink alcohol. <b>No bebo alcohol.</b>	
I drink alcohol occasionally or socially. <b>Bebo alcohol ocasional o socialmente</b>	
I drink alcohol several times weekly. <b>Bebo alcohol varias veces por semana</b>	

**Drogas ilegales**  
(Marca uno)

	✓
I do not do illegal drugs. <b>No consumo drogas ilegales</b>	
I do use illegal drugs. <b>Uso drogas ilegales</b>	

**Estado de tabaquismo**

Smoking Status (Never, Previous, Current) <b>Estado de tabaquismo (nunca, anterior, actual)</b>	
Started <b>Comenzó</b>	
Ended <b>Terminó</b>	

**Historial personal**

What is your occupation? <b>¿Cuál es tu ocupación?</b>	
Who is your primary doctor? <b>¿Quién es su médico de cabecera?</b>	
How did you hear about our practice? <b>¿Cómo se enteró de nuestra clínica?</b>	
What is your main outdoor activity (golf, running, tennis, kids' sports events, etc)? <b>¿Cuál es su principal actividad al aire libre (golf, correr, tenis, eventos deportivos para niños, etc.)?</b>	
Do you wear sunscreen for outdoor activities? What SPF? <b>¿Usa protector solar para actividades al aire libre? ¿Qué SPF?</b>	
Do you wear moisturizer with sunscreen daily? What SPF? <b>¿Usas crema hidratante con protector solar todos los días? ¿Qué SPF?</b>	
Do you wear sun protective clothing? <b>¿Usas ropa protectora contra el sol?</b>	

**¿Está bien dejar un mensaje detallado con resultados??**

**(Por favor, marque cualquiera que corresponda)**

	<input checked="" type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
En el teléfono Cell	<input type="checkbox"/>
En el teléfono de casa	<input type="checkbox"/>

**Mujeres: Embarazo/Lactancia**

**(Marque cualquiera que corresponda)**

	<input checked="" type="checkbox"/>
Not pregnant <b>No embarazada</b>	<input type="checkbox"/>
Pregnant (# of weeks) <b>Pregnant (# de semanas)</b>	<input type="checkbox"/>
Planning a pregnancy in the near future <b>Planeando un embarazo en un futuro cercano</b>	<input type="checkbox"/>
Breastfeeding <b>Breastfeeding</b>	<input type="checkbox"/>
Menopausal <b>Menopáusica</b>	<input type="checkbox"/>
Post hysterectomy <b>Después de la hiperectomía</b>	<input type="checkbox"/>

**Verificación de la historial medica**

	<b>Iniciales del paciente</b>	<b>Iniciales del padre o tutor</b>	<b>Fecha</b>
Toda la información proporcionada anteriormente es precisa y completa a mi leal saber y entender.			