

# REGENCY DERMATOLOGY AND PLASTIC SURGERY

BETTY HINDERKS DAVIS, MD AND JASON MUSSMAN, MD, FACS

10240 W. INDIAN SCHOOL RD.

PHOENIX, AZ 85037

P:623-243-9077 F:623-271-9826

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Informacion de paciente

Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.	Estado Civil (Circulo uno) soltero / casado / Divorciado / Separado / viudo
Es tu Nombre Legal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Si no, cual es su nombre legal?	(Nombre Anterior)	Fecha De nacimiento / /	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Direccion	Seguro social	Telefono movil: ( )	telefono de casa: ( )		
Ciudad	estado	codigo postal	Correoelectronico:		
Ocupacion	Empleador	Numero de empleador: ( )			
Eligio la oficina porque/ se refirio a la oficina por (marque una casilla) <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> plan de seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Cerca de casa/ trabajo <input type="checkbox"/> Otro					

Otro miembros de la familia que nos ven? \_\_\_\_\_

## Informacion de Seguro/ Aseguranza (POR FAVOR DE TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

Persona responsable por cuenta	Fecha De nacimiento / /	direccion (si es diferente)	Numero de telefono ( )
Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
ocupacion	Empleador	Domicilio del empleador	Numero telefonico del empleador ( )
Es cubierto este paciente por seguro medico <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No			

Indique el Seguro principal

Nombre de suscriptor	Numero de Seguro social	nacimiento / /	grupo#	Poliza#	Co-pago \$
Relacion al Suscriptor	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> hija/o <input type="checkbox"/> Otro				
Numero del seguro secundario(si es aplicable)	Nombre de suscriptor	Grupo #	Poliza #		
Relacion al suscriptor	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposa/o <input type="checkbox"/> hija/o <input type="checkbox"/> Otro				

## En Caso De Emergencia

Nombre del amigo o familiar local	Relacion con el paciente	Numero de telefono. ( )	Numero de trabajo. ( )
-----------------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Regency Skin Institute PLLC; DBA Regency Dermatology and /or Mussman PLL; DBA Regency Plastic Surgery o la compañía de seguros para divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

X

Firma del paciente/ guardian

Fecha

# Historial Medico

**Cancer De piel:**

- Melanoma; fecha: \_\_\_\_\_
- Locion: \_\_\_\_\_
- Que Dr Tiene archivos? \_\_\_\_\_
- carcinoma de celulas escamosas
- carcinoma de celulas basales
- queratosis actinica (pre-piel cancer)
- Otro: \_\_\_\_\_

Como y donde se trataron? : \_\_\_\_\_

**Enfermedad Dermatologica::**

- Herpes/ herpes labial
- Psoriasis
- Eczema
- Acne
- Rosacea
- trastorno ampollar: \_\_\_\_\_
- problema de curacion: lento, queoide, moretones
- Otro: \_\_\_\_\_

**Enfermedad inmunologica:**

- inmunodeficiencia
- VIH/SIDA
- Lupus o esclerodermia

**Hematologia/ oncologia:**

- Cancer; Tipo: \_\_\_\_\_ anio \_\_\_\_\_
- problemas de sangrado

**Enfermedad reumatologica:**

- Osteoarthritis
- Artritis reumatoides
- Gota

**Psicologico/ enfermedad Emocional:**

- Depresion
- Obsesivo compulsivo

**Enfermedad gastrointestinal:**

- enfermedad de crohn, colitis ulcerosa
- reflujo esofagico
- ulcera peptic
- Esofagitis

**Enfermedad ortopedica :**

- reemplazo de la articulacion \_\_\_\_\_

cuando? \_\_\_\_\_

**sin alergias a los medicamentos conocidos**     **alergias**

**Alergia:** \_\_\_\_\_                      **Reaccion:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_    **Altura:** \_\_\_\_\_

**Enfermedad cardiovascular:**

- alta presion
- problemas del corazon; \_\_\_\_\_
- ataque al corazon; fecha: \_\_\_\_\_
- marcapasos**
- Desfibrilador**
- valvula cardiac protesica
- latido del Corazon irregular
- colesterol alto

**Enfermedad endocrina:**

- Diabetes
- Hipertirodismo
- Hipotiroidismo

**Enfermedad neurologica:**

- accidente cerebrovascular aneurisma
- convulsions / epilepsia
- Esclerosis multiple
- Alzheimer's
- desmayo

**Enfermedad del higado:**

- Hepatitis: tipo \_\_\_\_\_
- ictericia

**Enfermedad pulmonar:**

- Asma
- enfermedad pulmonar obstructive cronica
- Tuberculosis

**Enfermedad del rinon:**

- mal funcionamiento de los rinones
- Dialisis: Tipo \_\_\_\_\_

**Para las mujeres:**

- esta embarazada / planea embarazarse
- enfermedad del ovario poliquistico

**Otro:**

- Trasplante? S N. tipo? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Medicamentos actulaes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Serugias Pasadas :** Tipo: \_\_\_\_\_                      fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condiciones/ problemas	Familia historia medica: quien ??
<input type="checkbox"/> Melanoma	
<input type="checkbox"/> cancer de piel	
<input type="checkbox"/> trastorno ampollar	
<input type="checkbox"/> desorden autoimmune	
<input type="checkbox"/> Psoriasis	
<input type="checkbox"/> Otro:	

**Habitos:**

- fumador: \_\_\_\_\_ Paquetes por dia     No fumador     deje de fumar \_\_\_\_\_
- Tabaco sin humo:     Si     No
- uso de alcohol:     Si (bebidas por semana: \_\_\_\_\_)     No
- Uso de drogas recreativas:     Si \_\_\_\_\_     No
- uso de proteccion solar:     Regularmente     Raramente     Nunca \_\_\_\_\_
- Otros precauciones para el sol: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He viajado fuera de los estados unidos en los ultimos tres meses

**Bronciado /Exposicion solar:**

**Tienes o tuviste:**

- siempre quemar, nunca broncear
- Por lo general quemar
- A veces quemaduras, por lo general bronceado
- raramente quemar, broncear facilmente
- por lo menos 1 quemadura solar con ampollas
- utilizar una cama de bronceado frecuencia? \_\_\_\_\_ x al mes

# Autorización para la divulgación de información de expediente médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/código postal: \_\_\_\_\_

El paciente mencionado arriba autoriza a la siguiente instalación de atención médica a divulgar el registro:

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_ Telefono de la instalación: \_\_\_\_\_

Dirección de la instalación: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/código postal: \_\_\_\_\_

El propósito de la divulgación es:

- Cambio de Seguro médico
- Continuación de atención médica
- Referencia

Fechas y tipo de información de divulgación:

- Otras fechas : \_\_\_\_\_
- Información específica solicitada: \_\_\_\_\_

RESTRICCIONES: Sólo se copiarán los expedientes médicos originados a través de este centro de salud a menos que se solicite lo contrario. Esta autorización es válida solamente para la divulgación de información médica con fecha anterior e incluyendo la fecha en esta autorización a menos que se especifiquen otras fechas.

Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud mental o mental y el tratamiento del abuso de alcohol y drogas.

**Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona o organización:**

Liberar a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/código postal: \_\_\_\_\_

Por favor envíe los registros por fax. Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de administración de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. Sin revocación, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de caducidad, un evento o una condición, esta autorización expirará un año a partir de la fecha en que se firmó.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se va a usar o revelar, según lo dispuesto en CFR 164.524.

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una divulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al individuo autorizado u organización que hace la revelación.

X

Firma del paciente/ guardian (guardian necesita document comprobante)

Fecha

Nombre mano escrito del paciente/ guardian

# REGENCY DERMATOLOGY AND PLASTIC SURGERY

BETTY HINDERKS DAVIS, MD AND JASON MUSSMAN, MD, FACS

10240 W. INDIAN SCHOOL RD.

PHOENIX, AZ 85037

P:623-243-9077 F:623-271-9826

---

## Formulario de liberacion de informacion medica protegida:

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(1) En cuanto a asuntos de mi salud, doy permiso para que la Dr. Hinderks Davis, Dr. Jason Mussman o un miembro de su oficina hable con:

Nombre de las persona(s) \_\_\_\_\_ relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de las personas (s) \_\_\_\_\_ relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de las personas (s) \_\_\_\_\_ relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre de las personas (s) \_\_\_\_\_ relación con el paciente \_\_\_\_\_

**¿PODEMOS DEJAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL EN UN MENSAGE DE VOZ?**

Si  No

2) Solicito que se restrinja el uso y la divulgación de la información arriba descrita de la siguiente manera [Descripción de la restricción]:

---

---

(3) Solicito que mi información médica protegida no sea revelada a las siguientes personas o entidades [Enumerar los individuos o entidades a los que no se revelaría información]:

---

---

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

# REGENCY DERMATOLOGY AND PLASTIC SURGERY

Nombre de Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Doctor Medico Primario:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Proveedor de Referencia:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Farmacia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y POLÍTICAS FINANCIERAS

**I. Consentimiento para el tratamiento:** Autorizo a Regency Skin Institute PLLC; DBA Regency Dermatology y/o Mussman PLL; DBA Regency Plastic Surgery y sus agentes, Betty Hindreks Davis, MD Jason Mussman, MD que den tratamiento a mi / a mis dependientes para atención dermatológica y médica / quirúrgica.

**II. Asignación de Beneficios / Divulgación de información médica:** Solicito que se pague directamente a Regency Skin Institute PLLC; DBA Regency Dermatology y/o Mussman PLL; DBA Regency Plastic Surgery el pago por Medicare u otros beneficios de seguro privado aplicables por los servicios prestados bajo su cuidado. También autorizo a Regency Skin Institute PLLC; DBA Regency Dermatology y/o Mussman PLL; DBA Regency Plastic Surgery a divulgar información médica necesaria a mi compañía de seguros, a sus agentes, o a cualquier tercera parte para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados.

**III. Fotografía Digital:** Autorizo a los médicos / personal de Regency Skin Institute PLLC; DBA Regency Dermatology y/o Mussman PLL; DBA Regency Plastic Surgery a tomar fotografías digitales que se relacionan con mi cuidado. Regency Skin Institute PLLC; DBA Regency Dermatology y/o Mussman PLL; DBA Regency Plastic Surgery sólo revelará información relevante para mi cuidado a las personas permitidas y todos y cada uno de los médicos que me cuidan. Las fotografías pueden ser utilizadas para fines docentes, académicos y de investigación mientras mi identidad esté oculta.

**IV. Responsabilidad Financiera:** Cuando facturamos a su compañía de seguros, se aplicarán los cargos de deducible y coseguro. Cualquier pago que realice en su visita será acreditado a su cuenta. Una vez que la compañía de seguros realiza el pago, usted será responsable de todos los saldos restantes. Tenga en cuenta que CUALQUIER procedimiento realizado en nuestra oficina puede aplicarse a un deducible quirúrgico o coseguro. La cirugía se considera cualquier cosa que rompa la piel; esto incluye inyecciones / destrucción de lesiones y biopsias. No verificamos los beneficios externos, por lo tanto, cualquier otro servicio como laboratorios, anestesiología y servicios de la instalación que son ordenados y/ o realizados en su visita serán sometidos a su seguro médico por la instalación exterior. **Puede recibir facturación separada de las instalaciones externas.**

\*El deducible de salud es la cantidad que se debe pagar antes de que su seguro hará cualquier pago. Una vez que haya cumplido con el monto total de su deducible, su compañía de seguros hará pagos en futuras visitas a cualquier proveedor de servicios de salud. El deducible debe pagarse cada año, generalmente comenzando el 1 de enero.

\*\*Una vez que se alcanza su deducible, muchas compañías de seguros aún no pagan el 100% del costo de la atención médica. Si ese es el caso tendrá un copago o coseguro, que requiere pago parcial de su parte en adición a lo que la compañía de seguro paga. Puede ser del 10-50% del monto permitido hasta que haya acumulado suficientes facturas médicas para cumplir con su máximo anual de desembolso.

\*\*\* **Esta es una porción estimada que se debe. Desafortunadamente no sabemos exactamente lo que su seguro cubrirá o lo que se le facturará hasta que se procese su reclamo.**

Si tiene alguna pregunta con respecto a sus responsabilidades financieras comuníquese a nuestro departamento de facturación: **Regency Dermatology: 623-271-9261 Regency Plastic Surgery: 623-322-0730**

**V. Referencias / Autorización:** Entiendo que si mi compañía de seguros requiere una remisión, soy responsable de obtener una referencia antes de mi visita. Si no tengo una referencia en el momento del servicio, no se prestarán servicios hasta que obtenga una referencia o firme una renuncia a la responsabilidad financiera. El pago total se requiere en el momento del servicio.

**VI. Citas Perdidas:** Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas para cancelaciones. De no hacerlo puede resultar en una cuota de \$ 50.00.

He revisado las declaraciones anteriores y entiendo mis responsabilidades y si no entiendo mis responsabilidades, ¡estoy de acuerdo en que puedo hacer preguntas!

Firma de Paciente o Parte Responsable

Fecha

## DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO HIPAA

### **ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.**

En Regency Skin Institute PLLC; DBA Regency Dermatology y/o Mussman PLL; DBA Regency Plastic Surgery estamos comprometidos a proteger su privacidad. Cumplimos con todas las leyes federales, estatales y locales. Este aviso describe cómo usamos su información de salud. Describe algunos de sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

### **ENTENDIENDO SU REGISTRO / INFORMACIÓN DE SALUD**

Cada vez que visite nuestras oficinas, registramos sus síntomas, el examen físico, los resultados de las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento. Esta información nos permite: planificar para su cuidado, comunicarse con otras personas que cuidan de usted, reportar a su compañía de seguros, facturar nuestro trabajo y mejorar la calidad de nuestro cuidado.

### **TUS DERECHOS**

Aunque su archivo en papel pertenezca a nuestra práctica, la información contenida en el archivo es suya. Usted tiene el derecho de: inspeccionar sus registros, obtener una copia de su archivo por una pequeña tarifa, corregir sus registros, y decirnos que no divulguemos su información.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Estamos obligados a: mantener la privacidad de su información de salud; Enviar la información de salud necesaria a otros proveedores médicos, y divulgar información a las compañías de seguros, a ciertas agencias gubernamentales, y a otras. Es posible que se nos pida que publiquemos alguna información, incluso sin su permiso.

### **OTROS AVISOS**

Es posible que se dejar un mensaje en su casa, en su negocio, en su contestador automático o en su buzón de voz. Podemos también enviarle por correo una tarjeta postal u otros avisos por escrito. Podemos tener que revelar su información a los miembros de su familia u otras personas que ayudan con su cuidado. Al hacerlo, utilizaremos nuestro mejor criterio. Podemos revelar información a terceros según lo requiera la ley o si es citada. Si usted se lesionó en el trabajo, tendremos que revelar su información de salud a su compañía de seguros de compensación de trabajadores. Podemos, de vez en cuando, actualizar estas políticas. **PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA** Si tiene alguna inquietud o desea información adicional, puede comunicarse con el gerente de la oficina de la práctica al (623) 243-9077.

Firma de la Parte Paciente o Responsable:

Fecha: