

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd, Ste7 Elmhurst, IL 60126 T: 630-832-2111 F: 630-832-5199

Querido Paciente:

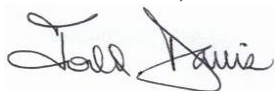
! Bienvenido! Gracias por elegir Elmhurst Dermatology. Proporcionamos cuidado experto de la piel con suprema atención, respeto y esfuerzo en su cuidado así como un ambiente profesional. Valoramos a nuestros pacientes y nos esforzamos para que usted reciba la mejor calidad en servicios médicos. La siguiente información es proporcionada para ayudarle a planear sus próximas visitas. Si usted tiene alguna pregunta por favor llámenos con toda confianza que nosotros lo asistiremos.

El Horario de la Clínica es el siguiente:	Lunes	12pm-8pm	Dr. Davis
	Martes	8am-4pm	Dr. Eng
	Miercoles	8am-4pm	Dr. Davis
	Viernes	7am-3pm	Dr. Davis
	Sabados	8am-12pm	Dr. Davis

- Usted recibirá una llamada de recordatorio 2-3 días antes de su cita. Si necesita cancelar o reprogramar su cita, es requerido llamarnos 24 horas antes de la misma.
- El día de su visita favor de traer las formas de Nuevo paciente llenas, una identificación con foto, y ya sea su número de seguro social o el número de cuenta de su tarjeta de crédito, esto es requerido para propósitos financieros.
- Si su seguro medico requiere un Referido, favor de presentarlo el día de su cita.
- Si usted tiene una emergencia y necesita contactar al médico, favor de llamar inmediatamente a la oficina para proporcionarle su número de teléfono.
- El estacionamiento está disponible en la parte de enfrente y al costado del edificio, también disponemos con estacionamiento para personas incapacitadas.
- Contamos con un elevador en la entrada principal. Es pequeño, pero puede acomodar una silla de ruedas.
- Aceptamos pagos en efectivo, cheques, y tarjetas de crédito: Visa, MasterCard y Discover.
- Co-pagos así como cualquier balance son requeridos el día de su cita
- Como cortesía, nosotros enviamos los cobros a su seguro medico, sin embargo, cualquier balance restante será responsabilidad del paciente. El pago de las facturas es requerido antes de los 30 días de haberla recibido.

Para mas información acerca de Elmhurst Dermatology visite nuestra página web www.elmhurstdermatology.com. Gracias por haber elegido Elmhurst Dermatology. Apreciamos la oportunidad que nos brinda para asistirlo y servirle en sus necesidades de salud.

Sinceramente,



Todd T. Davis, M.D.

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd, Ste7 Elmhurst, IL 60126 T: 630-832-2111 F: 630-832-5199

Información del Paciente

Nombre del Paciente:			
Referido por:	<input type="checkbox"/> Doctor:		<input type="checkbox"/> Otro Paciente:
	<input type="checkbox"/> Página de Internet de su Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Páginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Periódico: <input type="checkbox"/> Otro:
Dirección:		Depto:	Ciudad:
Teléfono:		Número de Celular:	
Encierra el teléfono primario: Casa Celular		Correo Electrónico:	
Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:
Seguro Médico Primario:			
Dirección:			
Persona Principal en el Seguro:		Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
Número de Identificación:		Numero de Grupo:	Número de Seguro Social:
Seguro Médico Secundario:			
Dirección:			
Persona Principal en el Seguro:		Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
Número de Identificación:		Numero de Grupo:	Número de Seguro Social:
Empleador:		Número de teléfono del Trabajo:	
Dirección:			
En Caso de Emergencia llamar a:			Relación:
Número de Teléfono:		Número de teléfono del Trabajo:	
Farmacia:			Ciudad:
Número de Teléfono de la Farmacia:			

Beneficios Asignados

Yo por la presente autorizo que los beneficios (pagos) se realicen directamente a Elmhurst Dermatology, además de todos mis reclamos con respecto a mi seguro médico y servicios recibidos. Estoy de acuerdo en pagar cualquier o todos los cargos que excedan o no sean cubiertos por mi seguro médico. Entiendo que los co-pagos, deducibles y los servicios no cubiertos por mi seguro médico deben ser pagados el mismo día de mi visita

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

Liberación de Información

Autorizo la liberación de información médica necesaria para el propósito de procesamiento de reclamos con mi compañía de seguro médico. Permiso que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original.

Firma del Responsable: _____ Fecha: _____

Historial Médico

Nombre del Paciente:		Fecha:	
Razón de su Visita:		Fui Referido por el Doctor:	
Medicamentos: <u>Nombres solamente.</u> Favor de incluir medicamentos recetados, no recetados, vitaminas, hierbas, suplementos, etc.			
1.	2.	3.	
4.	5.	6.	
7.	8.	9.	
¿Estás tomando más medicamentos y el espacio de arriba no es suficiente? Si tu respuesta es sí, favor de traer una lista			
Historial Médico: <input type="checkbox"/> Ninguno (No tengo problemas médicos)			
<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto / Lípidos	<input type="checkbox"/> Asma
Mujeres:		<input type="checkbox"/> Embarazadas	<input type="checkbox"/> Amamantando
Alguna otra enfermedad:			
Historial Dermatológico: <input type="checkbox"/> Ninguno (No tengo ningún problema de importancia en la piel)			
<input type="checkbox"/> Melanoma	<input type="checkbox"/> Squamous Cell Carcinoma	<input type="checkbox"/> Basal Cell Carcinoma	<input type="checkbox"/> Cáncer en la Piel (tipo desconocido)
<input type="checkbox"/> Queratosis Actínica	<input type="checkbox"/> Lunares Atípicos/Displásticos	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Queloides/ Cicatrización Anormal
<input type="checkbox"/> Eczema/ Dermatitis Atópica			
Otros:			
Alergias: ¿Es usted alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Favor de describir su alergia en la parte de abajo Si el espacio proveído no es suficiente favor de traer una lista			
Nombre del Medicamento:		Reacción:	
Nombre del Medicamento:		Reacción:	
Nombre del Medicamento:		Reacción:	
Historial de Cirugías: <input type="checkbox"/> Ninguna (No he tenido cirugías) <input type="checkbox"/> Si, Favor de dar una lista y fecha de la cirugías			
Historial Médico Familiar: Identifique alguna de las siguientes condiciones que ha sufrido algún familiar			
<input type="checkbox"/> Ninguna (ninguna enfermedad significativa en la familia o desconozco esa información)			
<input type="checkbox"/> Melanoma	<input type="checkbox"/> Squamous Cell Carcinoma	<input type="checkbox"/> Basal Cell Carcinoma	<input type="checkbox"/> Cáncer en la Piel (Tipo desconocido)
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Alergias por Temporadas	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto /Lípidos	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otro tipo de Cáncer (escriba abajo)
Liste otras:			

Historial Médico

Historial Social:		Ocupación:	Pasatiempo:		
¿Usted Bebe? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		¿Fuma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		¿Consumo drogas (incluyendo marihuana)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
¿Usa Protector/Bloqueador Solar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		¿Ha usado camas bronceadoras? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		¿Historial de ampollas por quemaduras de sol? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
¿Se expone al sol en el trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			¿Ha viajado fuera de USA en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			Hijos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> más de 5		
Salud General: <input type="checkbox"/> Ninguno (No presento ninguno de estos síntomas)					
<input type="checkbox"/> Inexplicable pérdida o aumento de peso	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Sudor en exceso por las noches	<input type="checkbox"/> Amamanta (solo si aplica)
Problemas Dermatológicos Comunes: <input type="checkbox"/> Ninguno (No presento ninguno de estos síntomas)					
<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Piel Sensible/Seca	<input type="checkbox"/> Escozor/Picazón	<input type="checkbox"/> Lesiones Sospechosas	<input type="checkbox"/> Lunares Sospechosos	
<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Sudor excesivo	<input type="checkbox"/> Bello en exceso		
Acerca de la razón principal de su visita: (favor de contestar lo mas que pueda, lo siguiente es relevante para su visita)					
<i>Descripción general del problema:</i>					
¿Por cuánto tiempo ha estado con el problema presente? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tiempo Desconocido					
<input type="checkbox"/> Días	<input type="checkbox"/> Semanas	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años		
<i>Lugar del problema/se ha extendido a:</i>					
<i>El comienzo del problema:</i>	<input type="checkbox"/> Gradual	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Insidioso	<input type="checkbox"/> Repentino	
<i>Severidad:</i>	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Leve a Moderado	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Moderado a Severo	<input type="checkbox"/> Severo
<i>Síntomas del Problema:</i>	<input type="checkbox"/> Picazón/Escozor		<input type="checkbox"/> Sensibilidad	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Asintomático
<i>Cosas que agravan su condición:</i>	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Ejercicio	
Otro:					
<i>Tratamientos que mejoraron su condición:</i>	<input type="checkbox"/> Tratamientos sin receta		<input type="checkbox"/> Recetas Médicas	<input type="checkbox"/> Nada	
Otro:					
¿Algún síntoma asociado (cosas que parecen relacionadas con el problema)? <input type="checkbox"/> No, ninguno					
Otro:					

*FAVOR DE TRAER INFORMACION ADICIONAL QUE USTED SIENTA QUE ES RELEVANTE PARA EL DOCTOR. Gracias.

Política Financiera

Gracias por elegir Elmhurst Dermatology, P.C. para su cuidado dermatológico. Para prevenir cualquier equivocación con respecto a la responsabilidad del pago por el cuidado médico/quirúrgico y/o cualquier honorario de laboratorio, la información siguiente es proporcionada:

HMO / PPO / Otra Cobertura: Si usted tiene seguro médico con una compañía la cual estamos bajo contrato, requeriremos una copia de su tarjeta de seguro y su permiso de conducir o identificación con foto. **Todos los co-pagos deben de ser pagados al momento de la visita. Todo co-seguro y deducibles también deben de ser pagados el mismo día que el servicio es proporcionado.** Si su portador del seguro requiere una referencia de su médico primario, esto debe de ser proporcionado el día de su visita. El fracaso para proporcionar toda información necesaria puede finalizar en un balance a cuenta del paciente, el cual debe de ser pagado en la fecha de su visita. Es su responsabilidad de seguir las fechas de caducidad de los referidos y el número de visitas dadas por su médico primario. Usted será responsable por cualquier servicio negado o no cubierto por su portador del seguro médico.

Medicare: Nuestros médicos aceptan y participan con Medicare, el cual es la carga ADMISIBLE aprobada por Medicare. Medicare pagará 80% de los cargos de su visita después de que usted pague su deducible anual. Usted es responsable de cualquier cantidad aplicada a su deducible y el 20% de su co-seguro. Si usted tiene un seguro secundario, como cortesía nosotros mandaremos el balance restante a su seguro secundario. Sin embargo, usted será responsable por cualquier servicio negado o no cubierto por su portador de seguro médico.

Laboratorios: Dependiendo de su política de el portador de seguro médico, usted puede ser requerido a pagar un co-pago por separado para cualquier espécimen tomado durante su visita.

Pacientes sin Seguro Médico (Responsables del Pago Total): Pacientes sin seguro médico serán responsables de la cuenta total la cual deberá de ser pagada el mismo día de su visita.

Tratamientos Cosméticos: Un depósito es requerido antes de la fecha del procedimiento o tratamiento. El balance restante es requerido antes de realizar el procedimiento o tratamiento.

Pagos: Se aceptan pagos realizados ya sea en efectivo, cheque, VISA, Master Card, Discover o American Express

Tarifa por Cancelación de su Cita: Si usted no puede acudir a su cita, favor de llamar por lo menos 24 horas antes de su cita y cancelar directamente con la recepcionista o dejar un mensaje de voz en el cual especifique nombre del paciente, día y hora de su visita anteriormente programada. Si no realiza la cancelación de la visita 24 horas antes usted puede ser susceptible a un cobro de \$35 dólares.

Política Financiera: Información Financiera - Su número de seguro social o el número de su tarjeta de crédito para archivarla es requerido. Después de su visita un reclamo será procesado a través de su seguro médico. Cualquier balance restante (resultado por algún deducible, co-pago, etc.) será enviado a usted en forma de factura. El obtener su número de seguro social o tarjeta de crédito nos ayudara a evitar problemas financieros.

Cheques Devueltos y Colecciones: Un cargo de \$20 dólares será cobrado por cheques devueltos. En caso de cualquier acción sometida a colección, está de acuerdo en pagar 50% de honorarios por costos de colección y/o cualquier honorario razonable de abogado. Mi firma en la parte de abajo indica mi completo entendimiento y responsabilidad de algún cargo o balance en mi cuenta por algún servicio profesional.

Firma

Apellido, Nombre (Letra de Molde)

Fecha

Noticia Concerniente a Las Prácticas Privativas

Esta noticia describe como su información médica se puede usar y divulgar y cómo puede usted recibir acceso a esta información. Favor de examinarlo con cuidado.

Nuestra Promesa Concerniente a Su Información Médica

Nosotros entendemos que su información médica es personal. Nos comprometemos a proteger la confidencialidad de esta información. Cada vez que le proveemos servicios creamos un registro del cuidado y los servicios que usted recibe. Necesitamos este registro para poder proveer cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Esta noticia se aplica a todos los registros de su cuidado proveído por nosotros o registros recibidos de usted o de otros.

Nuestra responsabilidad primaria es de mantener segura su información médica. También tenemos que hacer disponible esta noticia de nuestras prácticas privativas y tenemos que seguir los términos de la noticia que está actualmente en efecto. Esta noticia le informará acerca de la manera en que podemos usar y divulgar su información médica. También describimos sus derechos de acceso, enmienda, control y otros derechos concernientes al uso y divulgación de su información médica.

FAVOR DE TOMAR NOTA: Si usted es el padre o la madre, guardián legal, o representante personal del paciente que estamos tratando, se reconocerá que las referencias como “su información médica” se refieren al paciente.

Reclamaciones: Si usted cree que sus derechos privativos han sido violados, puede presentar una reclamación con cualquiera de nuestras facilidades. La misma se puede presentar por escrito en nuestras oficinas: *Elmhurst Dermatology ubicada en 103 N Haven Rd, Ste 7 Elmhurst, IL 60126*. No habrá alguna represaría por presentar una reclamación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Como Se Nos Permite Usar y Divulgar Su Información Médica

Las siguientes categorías describen varias maneras en que podemos USAR información médica entre *Elmhurst Dermatology*, y DIVULGAR información médica a personas y entidades fuera de *Elmhurst Dermatology*. No hemos nombrado todo uso o descubrimiento dentro de las categorías, sino que damos algunos ejemplos para poderlos entender.

Usos Comunes y Divulgaciones Permitidas Por la Ley

Tratamiento: Podemos usar su información médica para proveerle tratamiento y servicios. Podemos divulgar su información médica a otras personas envueltas en su cuidado.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en *Elmhurst Dermatology* puedan ser cargados a usted y el pago pueda ser colectado de usted, su seguro médico, o una persona tercera. También podemos divulgar información médica a su plan de seguro médico para obtener autorización antes de su tratamiento y procedimientos.

Operaciones del Cuidado de Salud: Se nos permite usar y divulgar información médica para operaciones y actividades para el cuidado de su salud, tal como: aseguramiento de la calidad; administración; planes y desarrollo de finanzas y negocios de *Elmhurst Dermatology*, servicio a clientes (incluyendo la investigación de reclamaciones); y ciertos comerciales y búsqueda de fondos. Estos usos y divulgaciones son necesarios para manejar nuestra facilidad del cuidado de la salud y asegurar que nuestros pacientes reciban cuidado de calidad.

Socios de Negocios: Algunos servicios pueden ser proveídos a nuestra organización por medio de contratos con socios de negocio, por ejemplo: contadores, consultores, revisores de la aseguranza de calidad, cargadores de cuentas, y servicios de transcripción. Se nos permite divulgar información médica a nuestros socios de negocio para que ellos puedan ejecutar lo que les hemos pedido. Requerimos que nuestros socios de negocio firmen un contrato en el cual afirman que ellos van a salvaguardar su información.

Poniéndonos en Contacto con Usted Concerniente a Su Salud: Se nos permite usar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted, como con un recordativo de una cita u opciones de otros tratamientos en *Elmhurst Dermatology*.

Vender, o Levantar Fondos: Se nos permite ponernos en contacto con usted como parte de un esfuerzo para vender, o para levantar fondos. Podemos, por ejemplo, informarle concerniente a productos de *Elmhurst Dermatology* relacionados a su salud, servicios, o actividades que le podrían ser de interés.

Investigación que No Tiene que Ver Con Su Tratamiento: Cuando un estudio investigativo no envuelve ningún tratamiento, se nos permite divulgar información médica a investigadores cuando una junta directiva de revista institucional ha establecido protocolos apropiados para asegurar la confidencialidad de su información médica y ha aprobado la investigación.

Noticia Concerniente a Las Prácticas Privativas

Individuos que Participan en Su Cuidado: Se nos permite divulgar su información médica a un amigo o familiar que participa en su cuidado, solo que usted nos diga de antemano que no lo hagamos.

Otras Leyes: A veces pueden haber leyes federales, estatales o locales que no requieren usar o divulgar información de otras maneras. Nosotros obedeceremos esas leyes. También, cuando una ley estatal relacionada a la protección de información médica le da más protección que las leyes federales, nosotros las obedeceremos.

Situaciones Especiales que No Requieren Su Autorización

Las siguientes divulgaciones de información médica son permitidas por la ley sin su permiso verbal o escrito.

Donación de Órgano o Tejido: Si usted es donador de un órgano, se nos permite dar información médica a organizaciones que tratan de obtener órganos o trasplantes, como sea necesario para facilitar la donación.

Militares y Veteranos: Si usted es miembro de uno de los servicios militares se nos permite dar información médica como se requiera por las autoridades comandantes militares.

Compensación de Obreros (Worker's Compensation): Se nos permite divulgar información médica para la Compensación de Obreros o a programas similares si usted sufre una herida relacionada a su trabajo.

Impidiendo una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad: Se nos permite usar o divulgar información médica cuando es necesario impedir una amenaza seria a usted u otros. Estas divulgaciones se harían solamente a alguien que pudiera intervenir.

Actividades de la Salud Pública: Se nos permite divulgar información médica para actividades de salud pública, incluyendo:

- * Para impedir o controlar enfermedad, herida, o inhabilidad.
- * Para informar acerca de nacimientos y muertes.
- * Para informar acerca del descuido o maltrato de niños.
- * Para informar acerca de reacciones a medicaciones, problemas con productos u otros acontecimientos adversos.
- * Para dar noticia a personas concerniente a la revocación de productos que estén usando.
- * Para dar noticia a una persona que haya sido expuesto a una enfermedad o que pueda correr riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- * Para informar a la autoridad apropiada del gobierno si creemos que un paciente ha sido víctima de maltrato (incluyendo el maltrato de un niño), de negligencia o violencia domestica.
- * A agencias de Auxilio en Desastres (como la Cruz Roja) para dar notificación acerca de su colocación y condición.

Actividades de Vigilancia de la Salud: Se nos permite divulgar su información médica a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas pueden incluir intervenciones, investigaciones, inspecciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda controlar el sistema del cuidado de la salud, programas del gobierno y complacencia con las leyes de los derechos civiles.

Litigios y Disputas: Si usted está envuelto en un litigio o una disputa se nos puede requerir que divulguemos información médica en respuesta a una orden de la corte, una subpoena, una petición de descubrimiento u otro proceso legal por alguien envuelto en la disputa.

Ejecución Legal: Se nos permite divulgar su información médica a oficiales de ejecución legal por razones tal como estas:

- * En respuesta a una orden de la corte, una subpoena, una citación, un emplazamiento o un proceso semejante.
- * Para identificar o colocar un sospechado, un fugitivo, un testigo material o una persona desaparecida.
- * Relacionada a un víctima de un crimen si, debajo de ciertas circunstancias, no podemos obtener el acuerdo de la persona.
- * Relacionado a una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal.
- * Relacionado a conducta criminal en nuestra facilidad.
- * En circunstancias de emergencia para informar de un crimen o de víctimas, o la identidad, descripción, o colocación de la persona que cometió el crimen.

Coroner (Jueces de Guardia), Examinadores Médicos, y Directores de Funeraria: Se nos permite divulgar información médica a un coroner o examinador médico para identificar a una persona muerta o para determinar cuál fue la causa de la muerte. También podemos dar información médica de pacientes a directores de funeraria como sea necesario para que cumplan sus deberes.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: Se nos permite divulgar su información médica a oficiales federales autorizados para la inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Noticia Concerniente a Las Prácticas Privativas

Requisitos Legales: Divulgaremos su información médica sin su permiso cuando se nos requiere por leyes federales, estatales, o locales.

Otros Usos y Divulgaciones Con Su Autorización

Otros usos y divulgaciones de su información médica que no están incluidos en esta noticia o las leyes aplicables se harán solo con su permiso escrito (llamado "autorización"). Si usted da autorización para hacerlo puede revocar esa autorización por escrito en cualquier tiempo. Algunas divulgaciones típicas que requieren su autorización son como lo siguiente: **Investigación Envolviendo Su Tratamiento:** Cuando un estudio investigativo tiene que ver con su tratamiento podemos divulgar información médica a los investigadores solamente con su autorización. Por cualquiera tal investigación una junta directiva de revista institucional a veces ya habrá establecido protocolos apropiados para asegurar la privacidad de la información médica y ya habrán aprobado la investigación. No le es necesario firmar la autorización para recibir tratamiento por *Elmhurst Dermatology*, pero sin su autorización no puede usted ser parte del estudio investigativo.

Abuso de Drogas y Alcohol y Divulgaciones del Tratamiento de Salud Mental: Divulgaremos información concerniente al abuso de drogas y alcohol y información concerniente al tratamiento de la salud mental solamente en acuerdo con las leyes estatales y federales. Por lo general, su autorización se requiere para tales divulgaciones.

Divulgaciones Pedidas por *Elmhurst Dermatology*: Podemos darle la opción de autorizarnos para usar o divulgar información médica para propósitos específicos como para notificarle de acontecimientos educacionales que le pudieran ser de beneficio.

Sus Derechos Relacionados a Su Información Médica

Usted tiene los siguientes derechos relacionados a su información médica:

- 1. Pedir restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información.** La ley no nos requiere estar de acuerdo con su petición.
- 2. Obtener una copia de esta Noticia de Prácticas Privativas del Paciente cuando usted lo pida.**
- 3. Inspeccionar y/o pedir una copia de su registro médico.** Podemos negarle su petición debajo de circunstancias muy limitadas. Si se lo es negado puede usted pedir que el rehuso sea revisado por otro profesional del cuidado de salud escogido por nuestros profesionales en el cuidado de la salud. Nosotros cumpliremos con el resultado de esa revista.
- 4. Pedir una enmienda a su registro médico.** Si usted siente que la información está incorrecta o incompleta. Podemos negarle su petición si (1) no está escrita (2) no incluye razón válida (3) la información no fue instituida o mantenida por *Elmhurst Dermatology* (4) no es información a la cual usted tuviera acceso (5) si la información es exacta y completa (6) necesitaríamos suprimir información de su registro médico.
- 5. Obtener una cuenta de divulgaciones de su información médica.** Esta cuenta no incluirá los usos y divulgaciones que se permiten por lo común, o usos y divulgaciones que usted autorizó.
- 6. Pedir la comunicación de su información médica por medios o colocaciones alternativas.**
- 7. Revocar su autorización** excepto al punto en el cual acción ya se ha tomado.
- 8. Registrar una reclamación acerca de cualquier aspecto de nuestras prácticas relacionadas a la información médica** con nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede registrar reclamación con nosotros y esperar una investigación y explicación llamando o escribiendo a nuestro Oficina Privada: *Elmhurst Dermatology ubicada en 103 N Haven Rd, Ste 7 Elmhurst, IL 60126*. Puede registrar su reclamación al Departamento de Salud y Servicios Humanos, o mandar su reclamación por escrito a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos por medio de un e-mail a OCCRCComplaint@hhs.gov o a: The Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202. Teléfono (214) 767-4056. FAX (214) 767-0432. TDD (214) 767-8940.

Reservamos el derecho de cambiar esta noticia, y hacer la noticia revisada o cambiada efectiva para información médica que ya tenemos como también para cualquiera información que recibamos en el futuro. Una copia de la noticia corriente estará disponible en *Elmhurst Dermatology*.

Noticia Concerniente a Las Prácticas Privativas

Certificación de Recibo

Elmhurst Dermatology

NOTICIA DE PRÁCTICAS PRIVATIVAS

Al firmar esta página usted certifica que ha recibido una copia de nuestra Noticia de Practicas Privativas.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____
(o su representante personal)

Escriba el Nombre del Representante Personal _____
(si no es el Paciente)

Fecha y Firma _____

Testigo _____

Revelación y/o Liberación de Información Médica

En caso de que Elmhurst Dermatology no pueda contactarme, yo doy mi consentimiento a Elmhurst Dermatology para contactar a los individuos que he designado en la parte de abajo con el propósito de revelar información pertinente a mi caso. Esto incluiría, pero no sería limitado a la información con respecto a informes de patología, pruebas de laboratorio, planificación e información de medicamentos y comercial. Con mi firma abajo, estipulo que estoy de acuerdo en renunciar a cualquier obligación contra Elmhurst Dermatology para la revelación de información al individuo (individuos) designados en la parte de abajo.

Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

No estoy de acuerdo en permitir a Elmhurst Dermatology revelar a ningún individuo información médica con respecto a mí.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Tarjeta de Crédito Archivada

Preguntas Frecuentes Acerca de Nuestra Póliza de Tarjeta de Crédito:

¿Por qué Elmhurst Dermatology requiere un acuerdo de tarjeta de crédito de pacientes?

Esta práctica mejorará la eficiencia para todos, y para proporcionar costos de servicios más bajos a nuestros pacientes. También nos permitirá enfocar nuestra energía a proporcionar el cuidado dermatológico, en vez de ocuparnos acerca de las facturas o balances de pacientes.

¿Cuándo será cargada mi tarjeta de crédito?

Como cortesía a nuestros pacientes, nosotros sometemos los reclamos a su seguro médico a pocos días de proporcionar el servicio al paciente. Los reclamos son asentados típicamente por compañías de seguros entre 2–8 semanas después de que el servicio fuera proporcionado. Una vez que un reclamo es adjudicado, su tarjeta será cargada si existe algún balance.

¿Cómo saber cuánto será cargado mi tarjeta?

El seguro manda típicamente una Explicación de Beneficios (EOB) al paciente y al proveedor, después de que los reclamos hayan sido asentados se determinara y explicara los honorarios concordados entre nuestra oficina y su seguro médico. El EOB muestra también si el monto sobre el honorario debe ser pagado por el paciente en forma de co-pago, co-seguro, o deducible. En ese momento el balance del paciente deberá ser pagado en su totalidad.

¿Qué pasa si yo no estoy de acuerdo con la porción especificada por mi seguro medico que tendrá que ser pagada por el paciente?

Como cliente de la compañía de seguros, los pacientes pueden ejercitar los procedimientos con su seguro médico para manejar las disputas en cuanto a si el seguro o el paciente son responsables de un honorario particular. Estos procedimientos son regulados típicamente por el gobierno de estado. Nuestra posición de la oficina es que el paciente es responsable del costo del servicio proporcionado, hasta la cantidad permitida por un plan del seguro que nuestra oficina acepta. Nosotros no somos un partido que se implicara en disputas acerca de la porción del pago del paciente contra el seguro médico. Sin embargo, nosotros proporcionaremos nuestra experiencia a nuestros pacientes como un recurso para ayudar a facilitar la comprensión de lo que su compañía de seguros comunica a ellos acerca de su contrato

¿Que pasara si aun no estoy de acuerdo con el cargo aplicado a mi tarjeta de crédito?

Nuestra oficina y el personal encargado de las facturas revisarán cada situación de nuestros pacientes antes de aplicar algún cargo y hacer alguna transferencia. En caso de alguna pregunta o algún otro asunto, favor de contactar a nuestro personal encargado de las facturas o a el gerente y nosotros trabajaremos para resolver su problema tan rápidamente como nos sea posible. Como último caso, nuestros pacientes pueden disputar el cargo aplicado a su tarjeta de crédito. Las compañías de tarjeta de crédito pueden suspender o pueden invertir los cargos si ellos lo determinan que no fue apropiado.

¿Que pasara si no cuento con una tarjeta de crédito o no quiero participar? ¿Es esto obligatorio?

Su número de seguro social o el número de su tarjeta de crédito archivada es requerido. Después de su visita un reclamo será procesado a través de su seguro medico. Cualquier balance restante (resultado por algún deducible, co-pago, etc) será enviado a usted en forma de factura. El obtener su número de seguro social o tarjeta de crédito nos ayudara a evitar problemas financieros.

Tarjeta de Crédito Archivada

Para nuestros pacientes:

Como usted se ha dado cuenta, si verifica la información necesaria para rentar un cuarto de hotel o alquilar un coche, la primera cosa que se le pide es una tarjeta de crédito, la cual será usada para pagar posteriormente su cuenta. Esto es una ventaja para usted y para la compañía del hotel o de coches, porque su salida sería agilizada y eficiente.

Hemos aplicado una condición semejante. Se le pedirá un número de tarjeta de crédito y nosotros mantendremos la información en un lugar seguro y esperaremos respuesta de la porción que pague su seguro médico y nos notifiquen si alguna porción le pertenece al paciente. Si es así, la porción que sea responsabilidad del paciente será cargada a su tarjeta de crédito, y una copia del recibo le será enviada.

Esto será una ventaja para usted, por lo que usted no tendrá que escribir y enviarnos cheques. Será una ventaja para nosotros también, por lo que disminuirá el número de declaraciones que tenemos que enviar. Esta combinación beneficiará y ayudará a todos a mantener el costo de asistencia médica baja.

Esto de ninguna manera sedera su habilidad de disputar algún cargo o hacer alguna pregunta al respecto de el pago obtenido por su seguro medico.

Si su balance excede los \$250 dólares, nosotros le llamaremos para obtener su aprobación.

Las co-pagos tienen que ser pagados al mismo tiempo de la visita.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este método de pago, favor de preguntar.

Elmhurst Dermatology, PC

Autorizo a Elmhurst Dermatology, PC a hacer los cargos correspondientes a la siguiente tarjeta de crédito:

Visa Master Card Discover (favor de encerrar una opción)

Número de Cuenta ____ / ____ / ____ / ____

Fecha de Expiración ____ / ____ Código de Seguridad: ____ Código Postal: ____

Firma _____ Fecha _____

Nombre que aparece en la tarjeta de crédito (letra de molde) _____

Nombre del Paciente (si el titular de la tarjeta de crédito es otro) _____