

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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:	Código Postal:
No. de Casa:	No. de Celular:		No. de Teléfono del Trabajo:	
Encierra el teléfono primario: Casa o Celular		Correo Electrónico:		
No. de SS:		Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:	
Seguro Médico Primario:		Persona Principal en el Seguro:		
Persona responsable:	Fecha de Nacimiento:	Relación:	No. de SS:	
Seguro Médico Secundario:		Persona Principal en el Seguro:		
Persona responsable:	Fecha de Nacimiento:	Relación:	No. de SS:	
En Caso de Emergencia llamar a:			Relación:	
No. de Teléfono:		No. de teléfono del Trabajo:		
Farmacia:		Intersección y Ciudad:		

Recibo de Reconocimiento del Aviso de las Prácticas de Privacidad

Con la firma de esta página, usted reconoce que ha recibido una copia de nuestro aviso de las Prácticas de Privacidad.

X _____
 Firma del Paciente o Representante Autorizado _____
Fecha

Buzón de Voz Confidencial

- Elmhurst Dermatology tiene mi permiso para dejar mensaje de voz confidencial (por ejemplo, laboratorios, resultados, información de recetas médicas) usando en siguiente número de teléfono: _____
- Elmhurst Dermatology **NO** cuenta con mi permiso para dejar mensaje de voz confidencial

Intercambio de datos de salud a través de las redes de Carequality y Commonwell Health Alliance

Doy mi consentimiento para que Elmhurst Dermatology reciba mis datos de salud de otros médicos que me hayan tratado, y comparta mis datos de salud con otros médicos que me brinden tratamiento en el futuro. Entiendo que estas redes de intercambio me benefician al mejorar la coordinación de la atención médica que recibo.

X _____
 Firma del paciente o representante autorizado _____
Fecha

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
_____	_____	_____
_____	_____	_____

X _____
 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

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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.	
¿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
<input type="checkbox"/> Alergias Estacionales		<input type="checkbox"/> Alergias del Medio Ambiente	
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"/> Sí, 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"/> Sí, 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:			

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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		¿Consume 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)
Acerca de la razón principal de su visita:					
<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		
Otro:					
<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 SU VISITA. Gracias.

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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.** 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: El balance total es requerido antes de realizar el procedimiento o tratamiento.

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

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 tarjeta de crédito en archivada es necesario. Con posterioridad a su visita un cobro será procesada a través de su seguro médico. El saldo restante (resultantes de deducibles, co-seguros, etc.) se facturarán a usted o a su tarjeta de crédito. Los saldos por debajo de \$250 se llevará a cobrara en una sola fecha de cargo por servicio. Para los saldos más de \$250 se le cobrará incrementos mensuales de 250 dólares hasta que el saldo se pague en su totalidad. Todos los saldos deberán de ser pagados dentro de los 30 días después de haber recibido la explicación de sus beneficios por parte de su seguro médico. Los saldos pendientes serán entregados a una agencia de cobranza después de 60 días. El paciente o del garante, si el paciente es menor de edad, es responsable de todos los costos, incluidos los honorarios de la agencia, los honorarios de los abogados, pagos a las agencias de colección, \$20, y todos los gastos de en que se incurra en la recopilación de los servicios prestados por Elmhurst Dermatology.

Cheques Devueltos y Colecciones: Un cargo de \$40 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.

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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 por ley 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 a: Goretta Rivera, *Elmhurst Dermatology ubicada en 103 N Haven Rd, Ste 7 Elmhurst, IL 60126*. También por escrito al Secretary of the Department of Health and Human Services al www.hhs.gov. 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/tratamiento.

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/o 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 seguridad 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.

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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.

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 nos 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/citacion, 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.

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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.

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 al reutilizar 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 OCRComplaint@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*.

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

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.

Elmhurst Dermatology

103 N. Haven Rd., Ste. 7, Elmhurst, IL 60126

Tarjeta de Crédito Archivada

Para nuestros pacientes:

En nuestro esfuerzo de mejorar continuamente nuestro servicio con los pacientes y eficiencia en nuestra oficina, será pedido un número de tarjeta de crédito al momento de registrarse. Esa información será guardada protegida mente. **Si existe algún balance restante después de que su seguro médico haya pagado, el cual sea menos de \$250, será cobrado a su tarjeta de crédito autorizada. Si el monto a deber es mayor de \$250 incrementos mensuales de \$250 serán cobrados hasta saldar su deuda.**

Esto será una ventaja para usted, por lo que usted no tendrá que escribir y enviarnos cheques. Será una ventaja para nosotros también, puesto que disminuirá el número de cobros que tenemos que generar y enviar por correo. La combinación de ambos beneficiará a todos y ayudara a mantener el costo bajo de asistencia médica.

Puede pensar en esto como cuando se registra en un hotel o alquila un coche; en ambos casos se le es pedido una tarjeta de crédito, y la información de la misma es guardada y después es utilizada para pagar su cuenta.

Esto en ningún modo comprometerá su habilidad de cuestionar el cobro o de discutir el pago que su seguro medico haya determinado.

Si tiene ninguna pregunta acerca de este método de pago, no dude en preguntar.

Elmhurst Dermatology, PC

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

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) _____

Si desea cubrir a otros miembros de su familia, por favor de llenar una forma por paciente. Esta forma es específica a UN SOLO PACIENTE.

La información en la parte de abajo será destruida después de agregarla en un documento encriptado/codificado y protegido con contraseña

Visa Master Card Discover (favor de encerrar una opción)

Número de Cuenta ____ / ____ / ____ / ____

Fecha de Expiración ____ / ____ Código de Seguridad ____