

POLÍTICA FINANCIERA – COPIA PARA EL PACIENTE

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Nos comprometemos a proporcionarle una atención médica de calidad. Lea y firme esta política financiera antes de cualquier tratamiento. Es posible que se le pida que vuelva a firmar esta página a medida que se actualice. Háganos saber si tiene alguna pregunta. Siempre y cuando se proporcione la información actual y actualizada del seguro en el momento del servicio, FD presentará todas las reclamaciones a los planes de seguro que figuren en el archivo. Sin embargo, habrá casos en los que se denieguen servicios que normalmente están cubiertos en situaciones relacionadas con ciertas condiciones (por ejemplo, diagnósticos no permitidos). Los pacientes son responsables de estos servicios, así como de cualquier procedimiento cosmético no cubierto por el seguro.

SU RESPONSABILIDAD:

- Autorizo a Frontier Dermatology o a uno de sus afiliados (“FD”) a facturar a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados, incluyendo cualquier importe no pagado por mis planes de atención médica. Entiendo que es mi responsabilidad verificar con la empresa de seguros si el proveedor está “dentro de la red” para recibir todas las prestaciones del seguro. Declaro que la información que he proporcionado relacionada con mi cobertura de seguro u otras fuentes de pago es correcta.
- Entiendo que es mi responsabilidad dar a FD información precisa y actualizada del seguro y dar copias de todas las tarjetas del seguro, así como información actualizada de la dirección para asegurar la recepción de los estados de cuenta. Doy mi consentimiento para que estos estados de cuenta se reciban por correo postal, correo electrónico o por mensaje de texto, aunque puedo optar por dejar de recibirlos en cualquiera de estas opciones en cualquier momento. Además, doy mi consentimiento para recibir mensajes a través de estos medios sobre recordatorios de citas y otros tipos de comunicaciones.
- Remitiré el pago de todos los saldos de manera oportuna.
- Pagaré mi copago/saldo en el momento del servicio. Entiendo que FD acepta todas las principales tarjetas de crédito, efectivo y cheques, y que todos los cheques devueltos y sin fondos suficientes (NSF) darán lugar a un cargo de \$25.00.

REMISIONES/AUTORIZACIONES:

- Las remisiones o autorizaciones no son garantía de pago. Soy responsable de cualquier saldo clasificado que la empresa de seguros clasifique como “Responsabilidad del paciente”. Cualquier disputa con el procesamiento de la reclamación es entre la empresa y yo. Yo soy, en última instancia, responsable de asegurar que el proveedor de atención primaria (PCP) haya dado a FD una remisión o autorización previa antes de mi cita.

ARREGLOS DE PAGO:

- Entiendo que FD puede pedirme permiso para almacenar de manera segura la información de mi tarjeta de crédito para futuros pagos, pero no se guardará sin mi consentimiento.
- Si mi tarjeta registrada expira o el pago no puede procesarse por cualquier razón, llamaré inmediatamente a la oficina de FD para restablecer mi plan de pago antes de incumplir con un pago.
- Los saldos vencidos deben pagarse antes de programar una cita o recibir atención en citas posteriores.

INFORMACIÓN GENERAL:

- Según la Oficina del Inspector General, los proveedores no pueden cambiar de codificación para obtener el pago; esto es ilegal y entra dentro de la “Ley de Reclamaciones Falsas” y se considera fraude y abuso.
- Si usted va a una cita estética y tiene preguntas o preocupaciones médicas que derivan en lo que la Asociación Médica Estadounidense (AMA) define como una visita al consultorio u otro procedimiento médico, se enviarán la visita y los procedimientos subsiguientes al seguro. Se le facturará de acuerdo con las prestaciones de su plan de seguro individual. Los pagos de un tratamiento o paquete estético se aplicarán a saldos médicos si no se utilizan después de 2 años.
- De acuerdo con los lineamientos actuales de la AMA y de la Terminología de Procedimientos Actual (CPT), todos los procedimientos (como biopsias, patología, nitrógeno líquido/congelación, eliminaciones benignas, papilomas cutáneos, etc.) se facturan por separado y no se incluyen en la visita al consultorio. Un codificador certificado comprobará la precisión de las notas de su registro médico. Si fuera necesario cambiar la codificación, según los lineamientos de codificación de la CPT, definidos por la AMA, recibirá una factura por cualquier saldo restante, si corresponde.
- Es posible que se requieran tinciones, pruebas o consultas adicionales de patología de muestras cutáneas a través de un laboratorio interno o externo. Estos servicios se facturarán por separado y no se incluirán en las estimaciones de factura. No hay forma de determinar estos montos hasta que un dermatopatólogo procese su muestra en el laboratorio.
- Cuando FD solicite análisis externos, radiografías u otras pruebas, usted es responsable de revisar con el seguro dónde está autorizado a realizarse estos estudios. Para estos servicios, se usa un laboratorio externo; la facturación de estos servicios es aparte y usted es responsable de cualquier saldo relacionado. Cualquier saldo adeudado fuera de FD es entre usted y esa agencia. FD no tiene afiliación.
- Si no se presenta a una cita o la cancela con menos de 24 horas de antelación, se le cobrará \$75.00 por una cita estándar y \$150.00 por una cirugía o cita estética perdidas.
- Algunos procedimientos quirúrgicos tienen un número determinado de días que se incluyen en el paquete. Esto se denomina “periodo global”. Los retiros de las suturas pueden entrar dentro del periodo global y no habrá que abonar ningún pago adicional. Sin embargo, si el proveedor analiza o realiza cualquier otra cosa además del retiro de las suturas, la visita ya no se considerará global y se facturará a su seguro. El paciente deberá pagar el saldo correspondiente.
- Las compras de productos no pueden reembolsarse. Todas las ventas son finales.
- Doy mi consentimiento para la prestación de tratamientos médicos que pueden incluir, entre otros, exámenes de rutina, diagnósticos, pruebas diagnósticas y tratamientos generales por parte de FD. Entiendo que no se me han dado garantías ni seguridades sobre el resultado de ningún examen o tratamiento. Acepto que, si necesito procedimientos médicos o cirugías adicionales, es posible que deba firmar formularios de consentimiento especializados.

POLÍTICA DE RECAUDACIÓN:

- Si no hemos podido obtener de usted el pago total o mantener los acuerdos de pago programados después de 3 meses de intentos repetidos, la cuenta se entregará a una agencia de recaudación externa y se le pedirá que pague el saldo restante antes de programar una cita futura.

CONFIRMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Reconozco que recibí, leí y comprendí la información proporcionada en los formularios de admisión de Frontier Dermatology, incluida la Notificación de prácticas de privacidad (HIPAA) y la Notificación de no discriminación a los pacientes.

Frontier Dermatology participa en el Intercambio de Información de Salud y lo inscribirá automáticamente. Este intercambio seguro ayuda a garantizar que los proveedores autorizados puedan acceder a sus registros médicos, especialmente en situaciones de emergencia. Si desea no participar:

- Consúltelo con la recepción
- Envíenos un correo electrónico a carequalityoptout@frontierdermatology.com
- Visite el portal para pacientes

Confirmando que la información que he proporcionado es precisa y completa a mi leal saber y entender, y comprendo que dicha información es esencial para que el proveedor de atención médica me brinde una atención adecuada.

Entiendo que mi información médica personal será confidencial y solo se compartirá con profesionales de la atención médica autorizados según sea necesario para mi tratamiento y de conformidad con las reglamentaciones y leyes aplicables.

Reconozco mis derechos y responsabilidades como paciente, incluidos el derecho a la privacidad, el derecho a recibir información sobre las opciones de tratamiento y mi responsabilidad de brindar información precisa y seguir el plan de tratamiento indicado.

Confirmando que he leído la política financiera de Frontier Dermatology, la comprendo y la acepto. Autorizo a FD a facturar a la compañía de seguro y acepto la responsabilidad financiera de cualquier cargo que no esté cubierto, incluidos los gastos que se consideren responsabilidad del paciente o estéticos. Acepto proporcionar información de contacto precisa y actualizada de la compañía de seguro y pagar todos los saldos de manera oportuna y comprendo que los saldos impagos pueden dar lugar a cobros o afectar la programación de citas futuras. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensajes de texto, con la opción de dejar de recibirlas a través de medios electrónicos.

Autorizo que el pago de beneficios se haga directamente al médico de Frontier Dermatology y doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones del seguro. Si no cuento con un seguro médico, entiendo que soy responsable del pago al momento de recibir el servicio.

Al firmar abajo, acepto los términos descritos anteriormente y en los formularios de admisión. Entiendo que este es un documento legal.

Nombre del paciente en letra de imprenta (o tutor legal, si firma en nombre del paciente)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente (o tutor legal)

Fecha

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE		
Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento del paciente:	Edad del paciente:
Apellido legal del paciente:		Nombre legal del paciente:
Nombre elegido:		
Sexo asignado al nacer:		Sexo legal (género que figura en su identificación):
Identidad de género:		Pronombres:
Idioma:	Grupo étnico:	Raza:
Método de contacto preferido: ☐ Portal para pacientes ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Sin especificar		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:
Teléfono preferido: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil		
Correo electrónico:		
¿Quiere recibir notificaciones por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No		
Dirección postal:		
Ciudad, estado y código postal:		
Nombre completo del contacto de emergencia:		Teléfono del contacto de emergencia:

GARANTE (NECESARIO SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)		
Relación del paciente con el garante: ☐ Sí mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro:		
Apellido del garante:		Nombre del garante:
Fecha de nacimiento del garante:		
¿La información de contacto es igual a la del paciente? ☐ Sí ☐ No (complete la siguiente información)		
Dirección postal:		
Ciudad, estado y código postal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PROVEEDOR QUE HACE LA REMISIÓN	
¿Quién es su proveedor de atención primaria?	
¿Le dieron una remisión a nuestra oficina? ☐ Sí ☐ No	
En caso afirmativo, ¿quién es el proveedor que lo remitió?	

SEGURO PRINCIPAL	
¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del seguro:	N.º de identificación del suscriptor:
¿Usted es el titular de la póliza? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es “no”, relación del paciente con el titular de la póliza: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otra:	
Nombre del titular de la póliza:	Apellido del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Sexo de nacimiento del titular de la póliza:
¿La dirección de facturación es la misma que la del paciente? ☐ Sí ☐ No (complete la siguiente información)	

Ver la parte de atrás →

Dirección postal:		
Ciudad, estado y código postal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:
Teléfono preferido: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil		

SEGURO SECUNDARIO		
¿Tiene un plan de seguro médico secundario? ☐ Sí ☐ No		
Nombre del seguro:	N.º de identificación del suscriptor:	
¿Usted es el titular de la póliza? ☐ Sí ☐ No		
Si la respuesta es “no”, relación del paciente con el titular de la póliza: ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otra:		
Nombre del titular de la póliza:	Apellido del titular de la póliza:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Sexo de nacimiento del titular de la póliza:	
¿La dirección de facturación es la misma que la del paciente? ☐ Sí ☐ No (complete la siguiente información)		
Dirección postal:		
Ciudad, estado y código postal:		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:
Teléfono preferido: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil		

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Fecha de hoy:	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:

ANTECEDENTES MÉDICOS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):				
Artritis		Enfermedad renal en etapa terminal (nefropatía)		Leucemia
Asma		Hepatitis (A/B/C)		Linfoma
Fibrilación auricular		Hipertensión		Radioterapia
Cáncer de mama		VIH/SIDA		Convulsiones
Enfermedad coronaria (enfermedad cardiovascular)		Colesterol alto		Accidente cerebrovascular
Diabetes		Hipotiroidismo o hipertiroidismo		NINGUNO
OTROS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN O ENUMERE A CONTINUACIÓN):				
Enfermedades autoinmunes	Coagulopatías	Herpes labial	Formación de queloides	Esclerodermia

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):		
Carcinoma de células basales	Melanoma	Carcinoma de células escamosas
Ampollas por quemadura solar	Lunares precancerosos	Queratosis actínica
NINGUNO		
¿Usa protector solar? Sí No		
¿Asiste a un centro de bronceado? Sí No Anteriormente		
¿Algún familiar de sangre tiene antecedentes de melanoma? Sí No		
¿Algún familiar de sangre tiene antecedentes de cáncer de piel (células basales, células escamosas, melanoma)? Sí No		
Si la respuesta es “Sí”, ¿qué familiares?		

MEDICAMENTOS (INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS, JUNTO CON LA DOSIS Y LA FRECUENCIA, O ADJUNTE UNA LISTA):

ALERGIAS (INDIQUE TODAS LAS ALERGIAS):
¿Tiene alguna alergia a medicamentos de venta libre o con receta? Sí No

Altura:	Peso:
---------	-------

ANTECEDENTES SOCIALES (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):
¿Fuma?: Actualmente Anteriormente Nunca
¿Consume alcohol?: Nunca Cant. de bebidas por día:

Para pacientes mayores de 65 años: ¿Se vacunó contra la neumonía?	Sí	No
---	----	----

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA (SOLO FAMILIARES DE PRIMER GRADO; PADRES Y HERMANOS):

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: ¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS ACTUALMENTE? (MARQUE “SÍ” O “NO”).					
Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No
Pérdida de peso			Dificultad para respirar		
Depresión			Dolor en el pecho		
Dolor muscular			Aparición de moretones con facilidad		
Dolor en las articulaciones			Coágulos de sangre		
Fiebre			Adenopatía		

OTROS SÍNTOMAS:

ALERTAS (MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN):	
Alergia al pegamento o al látex	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM)
Alergia a la anestesia local	Marcapasos
Alergia a antibióticos tópicos	Debe tomar antibióticos antes de un procedimiento quirúrgico u odontológico
Válvula cardíaca artificial	Aumento de la frecuencia cardíaca con la epinefrina
Reemplazo artificial de una articulación	¿Está embarazada o busca quedar embarazada?
Anticoagulantes	¿Está amamantando?
Desfibrilador	

INFORMACIÓN FARMACÉUTICA:
Farmacia preferida:
Teléfono:
Ciudad o código postal: