

CATSKILL DERMATOLOGY, PC

**110 Bridgeville Road
Monticello, NY 12701
(845) 794-3030**

**1997 Route 17M
Goshen, NY 10924
(845) 294-6123**

INFORMACION DE PACIENTE:

Nombre de paciente _____
Numero de seguro social _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
Estado marital _____

Dirección de correo:

Calle/Apartado Postal _____
Ciudad _____

Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Trabajo / escuela _____

Dirección local: (Si es aplicable)

Calle/Apartado postal _____
Ciudad _____

Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono local _____

INFORMACIÓN DE ESPOSO (A)/PADRE/GUARDIANES

Esposo (a)/Padre/Guardian _____

Fecha de nacimiento _____

Relación con el pacient _____

Numero de seguro social _____

Calle/Apartado postal _____

Teléfono de casa _____

Ciudad _____

Teléfono del trabajo _____

Estado _____ Zona Postal _____

REFERENCIA DEL DOCTOR: Por Favor Note: Si Ud, necesita un formulariode seguro de su medico principal esta parte debe ser llenada.

Nombre: _____

Telefono: _____

Dirección: _____

INFORMACION DE SEGURO: Por favor presente su tarjeta de seguro al frente del escritorio en su visita.

Primer seguro _____ Segundo Seguro _____

Seguro de la prescripción _____

Catskill Dermatología, PC no participa en todos los planes de seguro. Si Catskill Dermatología, PC no acepta mi seguro o no tengo cobertura de seguro, entiendo que se espera que yo pagar en su totalidad el día en que se prestan los servicios profesionales, a menos que otros arreglos se han hecho con antelación. Si Catskill Dermatología, PC sí acepta mi seguro, entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por mi seguro, incluyendo los deducibles y copagos.

Yo autorizo tratamiento para (mi/mi dependes) condición médica por Catskill Dermatología, PC.

Yo autorizo a Catskill Dermatología, PC a dale información a mi plan de seguro(s) concerniendo la enfermedad y tratamiento y asignarle al doctor todo los pagareses por los servicios médicos míos y de mi dependes. Esta asignación quedara en efecto hasta que sea cancelada por mi por escrito. Una copia de esta asignación es igual que la original.

Firma _____

Fecha _____

Historia Medica Del Paciente Catskill Dermatology, P.C.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Es Ud. alergico a alguna medicinas?

Esta Ud. tomando o usando alguna medicina incluyendo medicinas sin receta medica?

Alguna vez ha Ud. sido tratado por alguno de lo siguiente? *Indique Si o No*

Enfermedad del Corazon o marca Paso	Si	No
Alta presion	Si	No
Problemas psychiatrico	Si	No
Enfermedades venerea	Si	No

¿Ud o alguien en su familia tiene lo siguiente, haga un circulo y ponga el nombre del familiar si no es Ud.?

Asthma	Si	No	_____
Alergias	Si	No	_____
Rochas "Hives"	Si	No	_____
Eczema	Si	No	_____
Diabetes	Si	No	_____
Psoriasis	Si	No	_____
Cancer de piel			
"Skin cancer"	Si	No	_____
Cancer de piel			
"Melanoma"	Si	No	_____

¿Alguna vez ha Ud. tenido lo siguiente?

¿Dificultad en sanarse alguna heridas?	Si	No
¿Sangrando excesivo cuando se corta?	Si	No
¿Cicatriz sobre cresida, o "keloids"?	Si	No
¿Reacion alergica a anestecia local?	Si	No

En los ultimos 6 meses ha Ud tenido una operacion o accidente?

¿Ha Ud sido tratado antes por desordenes de la piel? _____

¿Ha Ud tenido tratamientos para desordenes de la piel llamado "grenz ray" Si No

Yo uso "sunscreen" crema protector del sol?

Siempre Alguna Veces Nunca

Yo fumo :

Siempre Alguna Veces Nunca

¿Que Jabon usa Ud? _____

¿Que loción usa Ud? _____

¿Está embarazada o planea un embarazo? Si No

Ud. toma pastillas contraceptiva? Si No

Para Asegurar su privacidad, Catskill Dermatology, P.C no discutirá su información medica con otra personas sin su consentimiento escrito. Si Ud desea darle permiso a otra persona (esposo (a), paciente, doctor, etc.) para discutir su condición medica, con nosotros o que tenga acceso a su información medica eso nombre(s) deben ser escrito abajo.

Nota: Este Consentimiento estara en efecto hasta que sea cambiado por escrito por el paciente o guardian.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

A mi mayor concocimiento la informacion medica que e dado es correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

CATSKILL DERMATOLOGY, P.C.

Steven J. Fishman, M.D.

Dermatology • Dermatologic and Cosmetic Surgery

www.catskilldermatology.com

110 BRIDGEVILLE ROAD

MONTICELLO, NY 12701

Telephone (845) 794-3030

Fax (845) 794-3036

1997 RT. 17M

GOSHEN, NY 10924

Telephone (845) 294-6123

Fax (845) 294-6350

FACTURACIÓN DEL PACIENTE Y DE INFORMACION FINANCIERA

Pólizas de seguro de salud (cobertura total o parcial)

Se ofrece la siguiente información para ayudarle a entender nuestras políticas financieras y animo a preguntarnos cualquier cuestión relacionada con los servicios que puede recibir. Cualquier miembro de nuestro departamento de facturación estará encantado de discutir los arreglos de pago con usted o su parte responsable.

Catskill Dermatología, PC participa con muchas compañías de seguros, incluyendo HMO, PPO, POS, y varios planes locales. Es su responsabilidad asegurarse de que estamos participando con su plan de salud o que tiene beneficios fuera de la red. Si no participamos en su plan, se espera que el pago total en cada visita. Hacemos todo lo posible para verificar su cobertura de seguro antes de su cita, con el fin de notificarle de su responsabilidad financiera en el momento de su cita. En el caso de que su cobertura no puede ser verificada antes de su cita, usted será responsable de pagar por los servicios administrados en el momento en que son vistos.

Catskill Dermatología, PC va a presentar su reclamación de seguro para usted. Por lo tanto, en el momento del registro de entrada, se le pedirá que presente su tarjeta de seguro de salud para que podamos conservar una copia para nuestros archivos. Si su política requiere, será su responsabilidad para asegurarse de que una referencia de su médico de atención primaria se obtiene antes de su cita. Si no tiene una referencia que puede cambiar su cita o ponerse en contacto con su médico de nuestra oficina. Sin embargo, no se podrá ver hasta el de su referencia ha sido recibido en nuestra oficina.

Si su compañía de seguros se niega a cubrir los servicios prestados o paga menos que el costo real, usted será responsable por cualquier saldo restante que su cobertura considere su responsabilidad. Todos los copagos y deducibles son debidos cuando los servicios se prestan. Un recargo de \$25 será añadido a su cuenta si el pago no se paga en el momento de su cita. Si paga con cheque y el banco devuelve el cheque se le cobrará una tarifa de \$25 cheque devuelto y/o cuota de \$35 por cualquier pago escritas en una cuenta cerrada.

Resumen: Usted puede ser responsable de un proyecto de ley si:

- Usted tiene un deducible que no se ha cumplido en el momento se prestan los servicios. Por favor, tenga en cuenta que algunos planes de seguros tienen un deducible quirúrgica y / o patología independiente que no está incluido en su deducible médico anual.
- El servicio no es un servicio cubierto por su plan
- Su compañía de seguros considere los servicios que no son médicamente necesarios
- Su plan requiere que pagar un co-seguro en cualquiera de los servicios prestados

Al firmar este documento que reconoce que ha leído la información anterior con respecto a nuestras políticas de facturación.

Imprima el Nombre: Signature

Fecha