KHOURI DERMATOLOGY

Susana Leal-Khouri, MD, FAAD
Mae Gutierrez, MD, FAAFP
Faris Hawatmeh, DO
Roger K Khouri, MD, FACS

Anays Suarez, ARNP
Faustino Hernandez,ARNP
Karina Hasing, ARNP
Rene Valiente, MHS, PA-C
Caridad Valdes, ARNP

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
DIRECCION: _____ APT#: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____CODIGO POSTAL: _____
TEL#: (_____) _____-_____ CELULAR#: (_____) _____-_____
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____RELACION:_____ TEL#: (____) _____-_____
FARMACIA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/_____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ EMAIL: _____
IDIOMA PREFERIDO: _____
COMO ESCUCHO DE NOSOTROS _____

ALERGIAS

☐ Medicinas_____ Otra: _____

MEDICAMENTOS

_____
_____

HISTORIA MEDICA: Marcar solamente los que tenga historial

☐ Ansiedad ☐ Diabetes ☐ Perdida Auditiva
☐ Hepatitis ☐ Hipertension ☐ VIH / SIDA
☐ Condiciones de la piel:_____
☐ Cancer de piel_____ ☐ Cancer de Pancreas _____ ☐ Cancer de Riñón_____

☐ Otros: _____
Historia familiar de ☐ Melanoma: ☐ BCC ☐ SCC. Relacion: _____

VACUNAS:

☐ Flu ☐ Neumonía ☐ Culebrilla

HISTORIA QUIRURGICA

☐ Cirugia de corazon: _____ ☐ Marcapaso Cardiaco_____
☐ Reemplazo de Articulaciones en los últimos 2 años: _____
☐ Otros: _____

HISTORIA SOCIAL

☐ Usa bloqueador solar: _____. SPF:_____ ☐ Camaras bronceadoras
☐ Sexualmente Activo_____
☐ Uso de droga: Tipo_____ ☐Uso de alcohol: Cantidad_____ ☐Fumador: Cantidad_____

CUESTIONARIO COSMETICO

¿Está usted interesado en información sobre los siguientes tratamientos?

☐ Botox & Dysport ☐ Faciales e Hidrofaciales ☐ Correccion de manchas
☐ Rellenos ☐ Depilacion Laser ☐ Venas Varicosas
☐ Microagujas ☐ Microdermabrasion ☐ Rutina diaria de cuidado de la piel
☐ Peelings quimicos ☐ Tratamiento de cicatrices

NUEVO CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE Y FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

ASEGURAMIENTO DE BENEFICIOS DE SEGUROS

Autorizo el pago de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro que de otra manera se me pagarían por los servicios médicos prestados a mí o a mi hijo directamente a KHOURI DERMATOLOGY estos beneficios no están limitados a Políticas individuales, Políticas de grupo, Compensación de trabajadores, Responsabilidad, PIP o cualquier otra política que pueda cubrir beneficios de salud.
Cuando los BENEFICIOS DE MEDICARE / MEDICAID sean aplicables, certifico que la información proporcionada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVII o XIV de La Ley de Seguridad Social
es correcta y requiere que estos pagos de beneficios autorizados se hagan directamente a KHOURI DERMATOLOGY en mi nombre.

COLECCIONES DE BENEFICIOS DE TERCEROS

Autorizo a KHOURI DERMATOLOGY para actuar en mi nombre para el cobro de los beneficios de cualquier tercero responsable por cualquier medio que pueda ser considerado necesario, y el endoso de los cheques de beneficios pagaderos a mí y / o KHOURI DERMATOLOGY o cualquiera de sus proveedores.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a KHOURI DERMATOLOGY para divulgar copias de la información en su poder, tal como se adquirió durante mi examen o el de mi hijo y / o tratamiento, a mis compañías de seguros en relación con mi tratamiento, con el propósito de cualquier pago de seguro, Medicare y Medicaid:

-Esta instalación y sus afiliados
-Physician (Asistiendo y consultando)
-Organizaciones de revisión de utilidades o auditores
-Otros profesionales de la salud aliados

GARANTÍA DE PAGO

Por la presente entiendo que soy financieramente responsable del pago a KHOURI DERMATOLOGY por cualquier cargo no cubierto por mi compañía de seguro, y todos los deducibles, co-seguros, co-pagos y cualquier saldo restante después del pago realizado por mi compañía de seguros. Esto incluye cualquier denegaciones de pago debido a la falta de necesidad médica o pre-certificación / autorización, falta de afiliación con un HMO o cualquier otra restricción impuesta como condición de mi cobertura de seguro. Además, entiendo y acepto que si esta cuenta se coloca para colección, seré responsable de pagar el saldo adeudado al médico, más el costo de la colección, honorarios, y / o incluyendo honorarios razonables de abogados si corresponde. Además, reconozco que he leído y revisado las POLÍTICAS FINANCIERAS de KHOURI DERMATOLOGY

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento a todos los procedimientos y tratamientos médicos y quirúrgicos, que incluyen, entre otros, cirugía, tratamiento médico, anestesia, procedimientos de laboratorio y medicamentos que pueden ser realizados, administrados o brindados por o bajo instrucciones específicas o generales de mi médico. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para la representación de tratamiento médico por KHOURI DERMATOLOGY y el personal médico, que puede incluir procedimientos diagnósticos y / o quirúrgicos de rutina, administración de inyecciones, y / o cualquier otro tratamiento médico que se considere necesario para el tratamiento y la mejoría de la condición del paciente.
Doy mi consentimiento para el examen, uso, almacenamiento y eliminación por KHOURI DERMATOLOGY de cualquier tejido, huesos, órganos, líquidos o partes del cuerpo que puedan ser removidos durante el procedimiento, si cualquier individuo (s) bajo mi cuidado está expuesto a alguno de estos, doy mi consentimiento para que cualquier fluido corporal y / o tejido sea obtenido y enviado para cualquier prueba considerada razonable por mis proveedores de atención médica.

POLÍTICA DE PUERTA ABIERTA

Debido a la naturaleza de la práctica, KHOURI DERMATOLOGY tiene una política de puertas abiertas. Las áreas de recepción y espera están abiertas y las puertas de las salas de examen se pueden mantener abiertas. Si tiene alguna pregunta u objeción a esta política, informe al funcionario de privacidad de nuestra oficina o al miembro del personal designado.

RECORDATORIOS DE CITAS

Reconozco que esta práctica puede requerir llamadas para recordatorios de citas y / o cancelaciones. Autorizo el uso o divulgación de información médica para ponerme en contacto con usted como recordatorio. Este contacto puede ser por teléfono, por escrito, por correo electrónico o de otra manera y puede involucrar el dejar un mensaje en un contestador automático o cualquier otro dispositivo disponible. Si tiene alguna pregunta y / u objeción a esta política, infórmenos.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA

Autorizo a KHOURI DERMATOLOGY y sus afiliados para tomar fotos de mí y / o mi hijo. Para procedimiento (s) médico (s), cirugía (s) y condición (es) y para el uso de tales imágenes para fines de tratamientos, científicos, educativos o con propósitos de investigación.

RELACIÓN ENTRE FACILIDAD Y MEDICO

KHOURI DERMATOLOGY desea divulgar a sus pacientes de acuerdo con la Estatutos de Florida 445.25 Divulgación de intereses financieros mediante la producción de lo siguiente:
Que tiene un interés financiero en
KHOURI DERMATOLOGY ubicada en el 580 Crandon Blvd, Suite 101 Key Biscayne, Fl 33149,
Key Biscayne Surgery Center ubicada en el 580 Crandon Blvd, Suite 301 Key Biscayne, FL 33149,
Que SUSANA LEAL-KHOURI, MD es un médico licenciado y dermopatólogo licenciado, empleado por KHOURI DERMATOLOGY y realiza exámenes patológicos en nombre de dicha corporación.

Usted, como paciente, tiene derecho a obtener fuentes alternativas de servicios para el laboratorio y el trabajo clínico como se indica a continuación.
Los nombres y las direcciones de las fuentes alternativas para los servicios de laboratorio disponibles para el paciente son los siguientes:
(1) Dermpath Diagnostics, 895 SW 38th Ave # 101., Pompano Beach Fl 33069 (954)633-3387
(2) LabCorp of America, 4200 N. 29th Ave., Hollywood FL 33020 (800) 877-7831
(3) Quest Diagnostics Clinical Laboratories, Inc, 1611 NW 12th Ave Miami FL 33136-1005 (866)-697-8378

Los nombres y las direcciones de las fuentes alternativas para Cirugía / Reparaciones disponibles para el paciente son las siguientes:
(1) Dr. Thomas John Zaydon Jr MD, 3661 South Miami Ave Suite 509 Miami, Florida 33133 (305) 856-3030
(2) Dr. William Scott McDonald MD, 8740 N Kendall Dr. Suite 101 Miami, Florida 33176 (305) 381-8900
(3) Dr. Johnny Salomon, 6705 S Red RD # 708, Miami, FL 33143, (305) 270-1361

Un cronograma de honorarios de tarifas típicas para los servicios generalmente proporcionados por los proveedores, es el examen de patología del espécimen con el codigo 88305 y para la reparación, los codigos 14000 hasta el 14302 o 15220 hasta el 15260.
He leído lo antes mencionado y firmado en la disposición anterior de firma del paciente y bajo la publicación de la provisión de información en este mismo día.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA
Entiendo que, como parte de mi atención médica KHOURI DERMATOLOGY crea y mantiene registros en papel y / o electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para el cuidado futuro del tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:
Una base para planificar mi cuidado y tratamiento,
Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura,
Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados en realidad fueron provistos y
Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, asi como la evaluación, y revision de la competencia de los profesionales de la salud.
Entiendo y me han proporcionado un aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información que entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:
El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
El derecho a objetar el uso de mi información de salud para propósitos de directorio, y
El derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.
Entiendo que KHOURI DERMATOLOGY no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.
Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito. También entiendo que al negarme a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, KHOURI DERMATOLOGY puede negarse a tratarme según lo permitido por la sección 164.506 del Código de Regulaciones Federales.
Además, entiendo que KHOURI DERMATOLOGY se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas y antes de su implementación, de acuerdo con La Sección 164.520 del Código de Regulaciones Federales. KHOURI DERMATOLOGY, Cambiara su aviso, tengo el derecho de obtener una copia de cualquier revisión.
Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información de salud protegida a otra entidad, y acepto dicha divulgación para estos usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax.
Reconozco que he leído y revisado el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y estoy de acuerdo con eso.
Reconozco que este formulario se me ha explicado completamente y que he leído y entiendo cada una de las disposiciones que aparecen en este formulario, y que al firmar de esta forma, doy mi consentimiento a estas disposiciones individual y colectivamente.

_____ _____ _____

Firma del paciente **Nombre** **Fecha**