

## **Pinehurst Medical Clinic Dermatology**

200 Pavilion Way, second floor,

Southern Pines NC 28387

1818 Doctors Drive, Sanford, NC 27330

Estimado nuevo paciente de Dermatología de Pinehurst Medical Clinic,

Nos complace darle la bienvenida como nuevo paciente de Dermatología de Pinehurst Medical Clinic. Para garantizar la mejor experiencia posible durante su próxima visita, tenga en cuenta lo siguiente:

1. Planee llegar al menos 30 minutos antes de la hora programada de su cita para evitar demoras.
2. Traiga su(s) tarjeta(s) de seguro médico y medicamentos con usted el día de su cita. Para encontrar una lista de pagadores contratados por PMC o para revisar información adicional sobre seguros, visite [pinehurstmedical.com/resources-category/insurance](http://pinehurstmedical.com/resources-category/insurance)
3. Complete su papeleo de nuevo paciente antes de venir a su cita. Si necesita que le envíen una copia impresa por correo, llame al (910) 695-2161 para solicitarla. Espere al menos 2 días hábiles para que se procese su solicitud y entre 5 y 7 días hábiles adicionales para recibir una copia impresa por correo.
4. Si se necesitan registros médicos anteriores, nuestra oficina puede comunicarse con usted para hacer arreglos para obtener los registros.
5. Tenga en cuenta: Los exámenes de la piel de todo el cuerpo (detección de cáncer de piel) son una parte muy importante del mantenimiento de su salud. Si tiene otros problemas de la piel, como pérdida de cabello, erupciones cutáneas o acné, puede ser difícil para un dermatólogo abordar todo en una sola visita. Una revisión minuciosa de la piel debería ocupar la mayor parte de la visita, dejando poco tiempo para otras preocupaciones de la piel. Programe una cita por separado para cualquier otro problema de salud de la piel, donde el proveedor pueda concentrarse completamente en ese problema.

Esperamos verle pronto. En caso de que necesite cancelar su cita, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación.

Atentamente,  
Dermatología PMC  
Southern Pines: (910) 235-3330  
Sanford: (919) 708-1555

**FORMULARIO DE REGISTRO**
**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Nombre del paciente:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono de casa:</b>		<b>Otro teléfono:</b>
<b>Teléfono móvil:</b>		
<b>Correo electrónico del paciente:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Soltero: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/> Desconocido		
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Amerindio/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		
<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		
<b>Idioma principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>Número de seguro social:</b>		
<b>Médico de atención primaria:</b>		

**INFORMACIÓN DE EMPLEADOR**

<b>Situación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado
<b>Nombre del empleador:</b>
<b>Teléfono del empleador:</b>

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

<b>Nombre del contacto de emergencia:</b>
<b>Relación con el paciente:</b>
<b>Teléfono del contacto de emergencia:</b>

**INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE**

<b>Nombre de padre/madre/tutor:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono:</b>		

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

<b>Aseguradora:</b>	
<b>Número de póliza/grupo:</b>	<b>En vigor desde:</b>
<b>Nombre del suscriptor:</b>	
<b>SSN del suscriptor:</b>	<b>FDN del suscriptor:</b>
<b>Empleador del suscriptor:</b>	<b>Sexo del suscriptor:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

**Formulario de antecedentes médicos**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

Farmacia (Nombre/Ciudad/N.º de teléfono): \_\_\_\_\_

**Alertas: (encierre en un círculo todo lo que corresponda)**

Alergia al adhesivo	Lactancia	SARM
Alergia al látex	Desfibrilador	Marcapasos
Alergia a la lidocaína	Inmunosupresión	Latidos cardíacos rápidos con epinefrina Embarazo
Alergia a pomada antibiótica de administración tópica.	Cicatrices queloides	Planificación del embarazo
Anticoagulantes		

**Alergia a medicamentos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIN ALERGIAS A MEDICAMENTOS CONOCIDAS

**Medicamentos: (Anote todos los medicamentos actuales)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIN MEDICAMENTOS

**Antecedentes sociales**

Tabaquismo: fumador actual  Ex fumador  nunca fumó

Consumo de alcohol: nada  <1 copa/día  1-2 copas/día  3 o más copas/día

Profesión: \_\_\_\_\_

¿Usa protector solar? Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué FPS? \_\_\_\_\_

¿Antecedentes familiares de cáncer de piel? Sí  No

En caso afirmativo, ¿de células basales, células escamosas, melanoma? ¿Quién?

¿Utiliza o ha utilizado alguna vez una cama de bronceado? \_\_\_\_\_

Sí  No

***Antecedentes médicos: (encierre en un círculo todo lo que corresponda)***

Acné	Sequedad en la piel	Reacciones de la hiedra venenosa
Queratosis actínica (precancerosa)	Eczema	Lunares precancerosos
Asma	Descamación/picazón del cuero cabelludo	Soriasis
Carcinoma de células basales	Rinitis alérgica/Alergias	Carcinoma de células escamosas
Quemaduras solares con ampollas	Melanoma	HS
Ansiedad	Depresión	Hipertiroidismo
Artritis	Diabetes	Leucemia
Asma	Insuficiencia renal de etapa final	Cáncer de pulmón
Fibrilación auricular	Reflujo gastroesofágico (ERGE)	Lupus
Trasplante de médula ósea	Traumatismo craneal	Enfermedad de Lyme
Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)	Pérdida de la audición	Linfoma
Cáncer de mama	Hepatitis	Cáncer de próstata
Cáncer de colon	Hipertensión (presión arterial alta)	Tratamiento de radiación
EPOC	VIH/SIDA	Convulsiones
Arteriopatía coronaria (CAD)	Hipocolesterolemia	Apoplejía
Inmunidad disminuida	Hipertiroidismo	Otros:

***Antecedentes quirúrgicos: (encierre en un círculo todo lo que corresponda)***

Reemplazo de válvula biológica	Tumorectomía (derecha, izquierda o bilateral)
Trasplante de corazón	Mastectomía (derecha, izquierda o bilateral)
Reemplazo de cadera (derecha, izquierda o bilateral)	Reemplazo de válvula mecánica
Trasplante de riñón	
Reemplazo de rodilla (derecha, izquierda o bilateral)	Enumere las cirugías de cáncer a continuación:
Trasplante de hígado	

**\*\*Tenga en cuenta:**

**Los exámenes de la piel de todo el cuerpo son una parte muy importante del mantenimiento de su salud. Si tiene otros problemas de la piel, como pérdida de cabello, erupciones cutáneas o acné, puede ser difícil para un dermatólogo abordar todo en una sola visita. Una revisión minuciosa de la piel debería ocupar la mayor parte de la visita, dejando poco tiempo para otras preocupaciones de la piel. Programe una cita por separado para cualquier otro problema de salud de la piel, donde el proveedor pueda concentrarse completamente en ese problema.**

N.º de cuenta \_\_\_\_\_

**Reconocimiento y autorización del paciente**

Escriba sus iniciales en cada una de las secciones y firme a continuación para indicar su reconocimiento y autorización.

**Política de pago del paciente**

He leído y entiendo la política de pago del paciente de Pinehurst Medical Clinic, Inc. y estoy de acuerdo en pagar por el tratamiento prestado a mí/al paciente.

**Aviso sobre prácticas de privacidad**

Entiendo que Pinehurst Medical Clinic, Inc. utilizará y divulgará mi información médica/la información médica del paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones médicas, según lo permita la ley. Puede encontrar más información en el aviso de prácticas de privacidad que se me ha ofrecido.

**Asignación de beneficios del seguro**

Autorizo el pago de beneficios médicos a Pinehurst Medical Clinic, Inc. y por la presente cedo a Pinehurst Medical Clinic, Inc. y a los profesionales involucrados en mi cuidado/el cuidado del paciente, todos los derechos y reclamos de reembolso de cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que identifique para el cual los beneficios puedan estar disponibles para pagar los servicios que se me proporcionan/proporcionados al paciente.

**Consentimiento para el tratamiento**

Yo, el paciente/representante legal del paciente, por el presente concedo permiso a Pinehurst Medical Clinic, Inc. y a sus representantes autorizados para realizar los exámenes/tratamientos que se consideren necesarios o aconsejables para diagnóstico y tratamiento.

**Derechos y responsabilidades del paciente**

Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de participar en mi cuidado y tratamiento/el cuidado y tratamiento del paciente. Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre el tratamiento que se recomienda y la responsabilidad de hacer preguntas si no lo entiendo. Me comprometo a proporcionar información precisa y completa sobre mi historial médico y mi dolencia/el historial médico y la dolencia del paciente, a acordar un plan de tratamiento y a seguir dicho plan. Entiendo que los proveedores de atención médica de Pinehurst Medical Clinic me tratarán con respeto y acepto hacer lo mismo por ellos.

**Nombre del paciente (en letra de molde):** \_\_\_\_\_**Firma del paciente/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Autorización para la divulgación de información médica confidencial a la familia de Pinehurst Medical Clinic**

Doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información médica protegida sobre mí a los siguientes familiares o personas que participan en mi atención médica o que pagan por esta:

1. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Marque todas las que correspondan:

- Toda mi información médica
- Información necesaria para programar mis citas
- Resultados de pruebas o de laboratorio
- Información necesaria para proporcionar, pedir o recoger mis recetas
- Información necesaria para que mis familiares recojan o dispongan de equipo médico para mí
- Información necesaria para facturar o presentar reclamaciones por la atención que se me ha prestado a pagadores de seguros gubernamentales o privados

Mi consentimiento permanecerá en vigor mientras sea paciente de Pinehurst Medical Clinic, a menos y hasta que notifique a Pinehurst Medical Clinic por escrito de cualquier cambio.

Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Política de pago del paciente de Pinehurst Medical Clinic**

1. El pago debe efectuarse en el momento del servicio. Esto podría incluir deducibles, copagos, coseguro y servicios no cubiertos por una aseguradora.
  2. Los pagos pueden efectuarse en efectivo, con cheque, giro postal, MasterCard, Visa, Discover o American Express.
  3. Es posible que reciba una factura por separado por los servicios prestados por un proveedor de FirstHealth Cardiology & Specialty Clinic en PMC.
  4. Los pacientes sin seguro pueden recibir un descuento por el pago completo el día en que se prestan los servicios. Tendrá que hablar con un representante de cuentas de pacientes.
  5. Se aplicará un cargo por no presentarse si no acude a su cita programada sin avisar con 24 horas o más de antelación de su cancelación. Si cancela su cita o falta tres (3) veces consecutivas puede dar como resultado que lo retiren de Pinehurst Medical Clinic. Los cargos por no presentarse son de \$75 por una visita al consultorio de un paciente nuevo, \$25 por una visita al consultorio de un paciente establecido y entre \$25 y \$250 por citas para procedimientos/pruebas.
  6. Los pacientes pueden tener que pagar un cargo por rellenar los formularios.
  7. Los pacientes que consideren que su nivel de ingresos no es suficiente para permitirles pagar la cantidad que deben pueden solicitar ayuda financiera mediante una solicitud. Esta solicitud puede obtenerse a través de uno de nuestros representantes financieros o por el número de teléfono indicado anteriormente. Tenga en cuenta que, en general, la ayuda financiera solamente se concede a los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 150 % de los límites federales de pobreza.
  8. Los saldos adeudados después de que su seguro haya pagado se reflejarán en los resúmenes de facturación enviados a la dirección del paciente, o de la parte responsable. El monto adeudado en el resumen de facturación vence en su totalidad al recibirlo. Si no puede pagar la totalidad del monto adeudado, es su responsabilidad llamar a Servicios Financieros para analizar otros acuerdos de pago.
  9. Los cargos impagos facturados a su seguro aparecerán en su resumen e indicarán que están pendientes de respuesta por parte de la aseguradora. Si un cargo ha sido presentado a su seguro durante más de 60 días sin respuesta, póngase en contacto con su aseguradora. Si el cargo sigue sin pagarse, puede convertirse en su responsabilidad financiera.
  10. Es importante recordar que la cobertura del seguro médico y los planes varían, y que no todos los cargos serán cubiertos o pagados en su totalidad. Si su seguro rechaza un servicio o no lo paga en su totalidad, usted es responsable de pagar el saldo restante.
  11. Los servicios recibidos como consecuencia de un accidente deben ser pagados de inmediato. No permitimos tiempo adicional para el pago cuando el accidente ocasiona una demanda o caso de seguro.
  12. Si su seguro médico requiere una autorización previa o un referido, es su responsabilidad asegurarse de obtenerla antes de recibir los servicios.
  13. Las visitas de pacientes nuevos se codifican según los estándares de la industria en función de si el paciente es nuevo en la especialidad o subespecialidad. Consulte el siguiente enlace para obtener información adicional: <https://www.aapc.com/blog/41276-new-vs-established-patients-whos-new-to-you/>
  14. El incumplimiento del pago de un saldo adeudado puede dar lugar a una o varias de las siguientes consecuencias:
    - a. Se puede remitir su cuenta a una agencia de cobros.
    - b. Se puede comunicar su situación de morosidad a las agencias de crédito correspondientes.
    - c. Su capacidad para recibir servicios de Pinehurst Medical Clinic puede verse comprometida.
  15. Los códigos de facturación reflejarán todos los servicios prestados durante una cita; por ejemplo, si durante una visita anual de bienestar se trata un problema de salud nuevo o crónico, se aplicará una tarifa de copago, coseguro o deducible en función del plan de seguro del paciente. La evaluación y gestión de problemas de salud nuevos o crónicos no se considera parte de la visita anual de bienestar y es un servicio que se factura por separado.
- Animamos a quienes tengan preguntas sobre este documento normativo o sobre cualquier aspecto de su factura a que se pongan en contacto con nosotros llamando al (910) 295-9391 o al número gratuito**



Aumente la comunicación con su *Especialista en cuidado de la piel*, ¡Active su cuenta del portal de pacientes de EMA en su visita!

EMA®

 **Pinehurst Medical Clinic**  
D E R M A T O L O G Y

Pídale a un miembro del personal de PMC Dermatology que lo ayude a activar su Portal del paciente de EMA. Esto le permitirá:

- Tener acceso a información médica las 24 horas, los 7 días de la semana;
- Recibir notificaciones más rápidas de los resultados de las pruebas;
- Tener mayor capacidad para comunicarse con su equipo de atención dermatológica;
- Recibir actualizaciones importantes y más.



URL del centro de salud:  
[Pinehurstderm.ema.md](http://Pinehurstderm.ema.md)

