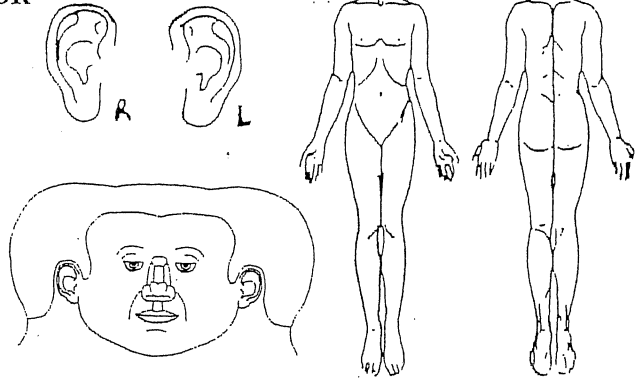


IMPRIMA POR FAVOR

**BREVE REPASO DE SU SALUD PARA DR. ECKER**



Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Lo hemos visto antes?  Si  No  
Hace cuanto? \_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años

**POR FAVOR MARQUE EL SITIO EN EL DIAGRAMA**

Cual es su problema en la piel (salpullido, lesión, acné, verruga, cosmético, etc.) \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años  
Por favor liste cualquier tratamiento o medicamento recetado por otros medicos para esta condicion: \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo lo ha usado? \_\_\_\_\_  
Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Por favor liste cualquiera medicamento vendido directamente a usted para esta condicion: \_\_\_\_\_  
Por cuanto tiempo lo ha usado? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CIRCULE "SI" "NO" y conteste las siguientes preguntas:**

Es alérgico a algun medicamento? (penicilina, aspirina, etc.)  SI  NO  
Si es que si, por favor explique la reacción: \_\_\_\_\_

Ha tenido otros problemas en la piel? (incluya su niñez)  SI  NO  
Si es qui si, por favor explique: \_\_\_\_\_

Alguien de su familia tiene algun problema similar en la piel?  SI  NO  
Si es qui si, por favor explique quien: \_\_\_\_\_

Hay alguna otro cosa que deda saber de su salud? (tal como cirugía reciente, SI NO  
diabetis, ulcera estomacal, sangrea facilmente, etc.) \_\_\_\_\_

PARA MUJER: Esta tomando pildoras de hormona o control de natalidad?  SI  NO  
Esta amamantando?  SI  NO  
Esta en cinta?  SI  NO

FOR OFFICE USE Hx:

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

Is this a referral for a new problem or from a different provider?

YES  NO

If yes, whom? \_\_\_\_\_

Referral for: Office Visit Consult Surgery Other \_\_\_\_\_  
Documentation Check-off

LN2: Dx \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_  
Dx \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

BX: TB PB SR EXC C&E F/U Lab: CALL APPT

Location(s) \_\_\_\_\_ ICD9 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ICD9 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ICD9 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ICD9 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ICD9 \_\_\_\_\_

INJ: Amt \_\_\_\_\_ Med \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Dx \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Location \_\_\_\_\_ KOH Prep FCX PCX

Charge: LV1 LV2 LV3 Consult \_\_\_\_\_ Wks \_\_\_\_\_ PRN

Treatment Notes:

Initial:



## Yamhill Valley Dermatology

**Richard I. Ecker, M.D.**

Oficina Local: 706 N.E Evans Street; McMinnville, OR 971218

Teléfono: 503-472-1405 o 1-866-661-0319 Fax: 503-434-5950

Oficina Satélite: 310 Villa Road. Cuarto 106; Newberg, OR 97132 Teléfono 503-5380668

[www.YamhillValleyDermatology.com](http://www.YamhillValleyDermatology.com)

### RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que el Doctor Richard I Ecker/Yamhill Valley Dermatology (referido bajo "Esta Practica") usara y revelara información medica acerca de mi persona.

Yo entiendo que mi información medica puede incluir ambas informaciones creadas y recibidas por la practica, puede ser en forma escrita o expedientes electrónicos o en palabras y puede tal vez incluir información acerca de mi historial medico, estado medico, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos tratamientos, procedimientos, prescripciones y formas similares de información medica.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que esta Practica pueda usar y revelar mi información medica para poder:

- Hacer decisiones acerca de mi plan de cuidados y tratamientos
- Para referencia, consultar, coordinar y manejar en conjunto con otros proveedores medicos para mis cuidados y tratamientos medicos.
- Determinar mi elegibilidad de mi plan de salud o aseguranza medica, y someter los cargos y cobros o otra información a su aseguranza medica o otros quienes son responsables de pagar por algo o todo mi cuidado medico.
- Llevar a cabo varias funciones de oficina, administrativas y de negocios que apoyan los esfuerzos que mi medico provee para arreglar y reembolsar para la calidad de costo efectivo del cuidado medico.

Yo también entiendo que también tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita en como esta Practica va a manejar mi información medica. Esta descripción medica conocida como la **Noticia de la Practica de la Privacidad** que describe el uso y declaración hecha de la información medica y las practicas que deben de seguir los empleados, asistentes y otro personal de oficina en esta Practica, y mis derechos referentes a mi información medica.

Yo entiendo que la Noticia de la Practica de la Privacidad puede ser revisada de ves en cuando y que tengo el derecho a recibir una copia revisada. Yo también entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente de esta Noticia de la Practica de la Privacidad en efecto será puesta en la sala de espera o recepción y estará disponible en nuestra pagina de Internet al [www.YamhillValleyDermatology.com](http://www.YamhillValleyDermatology.com).

Yo entiendo que tengo el derecho a preguntar que algo o toda mi información medica no sea usada o declarada en la manera descrita en la Noticia de Practica de la Privacidad, y entiendo que esta Practica no esta requerida por ley a estar de acuerdo con este pedido.

**Firmando esta forma, estoy de acuerdo que yo recibí y entiendo la información en la parte superior y que también recibí una copia de la Noticia de la Practica de la Privacidad.**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Paciente \_\_\_\_\_

Descripción de la relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Yamhill Valley Dermatology and Laser Center

706 NE EVANS STREET ■ McMINNVILLE, OR 97128 ■ WWW.YAMHILLDERM.COM

## EL PAGO ES REQUERIDO AL MOMENTO DE SUS VISITA POR LOS CARGOS INCURRIDOS

En consideración por los servicios proveídos a mi por el Dr. Richard I. Ecker, yo autorizó el pago de los servicios médicos al mencionado doctor. En adición, yo autorizo la habilidad de proveer cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo de aseguranza. Yo permito que la copia de esta autorización sea usada en lugar de la original. Esta autorización puede ser revocada por mi o mi aseguranza a cualquier hora por escrito. Sin embargo yo tengo el conocimiento que soy financieramente responsable por todos los cargos. Si fuera necesario tomar en efecto acciones de colección de cualquier cantidad que debo de esta u otras visitas, el que firma esta forma esta de acuerdo en pagar todos los costos y gastos

**ACEPTAMOS VISA, MASTERCARD, DISCOVER, AMERICAN EXPRESS, CARECREDIT Y CHEQUES  
LOCALES PARA SU CONVENIENCIA.**

### Medicare

Usted es financieramente responsable por cualquier servicio no cubierto bajo las guías de Medicare, a si como el 20% de pago y cualquier otra cantidad aplicada a su deducible anual de Medicare.

### Aseguranza Médica: Deducible no pagado.

Si usted tiene un pago fijo, deducible anual, o porcentaje y no ha pagado ese deducible al tiempo de su cita. Se le pedirá el pago a la hora de su cita. Nosotros siempre mandaremos los cargos a su aseguranza por usted. **Si el pago no es recibido dentro de 60 días de su aseguranza. Usted necesita pagar el balance completo (sin importar el estado de su aseguranza).** Si recibimos pago de su aseguranza después que usted pagó, se le regresara su dinero.

### Cargos de Laboratorio

Si un examen de laboratorio o muestra de patologia es mandada a un laboratorio fuera de la oficina, estos cargos seran cobrados a parte de los cargos de **Yamhill Valley Dermatology**. El Laboratorio mandara los cargos a su aseguranza medica por estos cobros.

### No tiene Aseguranza Médica

Si usted es un paciente sin aseguranza en nuestra oficina, nosotros **le pediremos el pago completo al tiempo de su cita**. Nosotros amablemente le damos un **estimado de sus cargos si usted nos pide**. Nuestra oficina ofrece el plan de Care Credit (un plan de financiamiento para pacientes). Para mas información pregunte al personal de oficina ó a la directora de contabilidad.

### Cirugía Cosmética

Para procedimientos de cirugía cosmética, y tratamientos de rayo Laser, el pago completo es requerido al tiempo de su cita. Yamhill Valley Dermatology **no mandara ningún cobro** a su aseguranza por servicios cosméticos puesto que estos son electivos y no son cubiertos por las aseguranzas.

### Colección

Los balances en su cuenta que pasen de 60 días, pueden estar sujetos a procedimiento de colección. Un cargo de \$10.00 será agregado cada mes por balances de más de 60 días. Si usted no paga su cuenta y es necesario mandarla a la agencia de colección, usted sera responsable de **un cargo de \$50.00 dólares. Todos los cheques sin fondo tendrán un cargo de \$25.00 dólares.**

### Reembolso

Si recibimos pago de su aseguranza médica y usted también pago y queda un crédito en su cuenta, si usted tiene una cita en los próximos 30 días, su crédito será aplicado directamente al pago requerido para su próxima cita. Si usted no tiene una cita en los próximos 30 días, se le mandara un cheque de reembolso por correo de su crédito

### Póliza de cancelación

El tiempo para su cita esta reservado para usted. Si usted no puede venir a su cita, por favor de contactar a nuestra oficina para que nosotros podamos reservar este tiempo para alguien más. Nosotros apreciamos su consideración. Si usted **no viene** a su cita o falla en proveernos con 24 horas de noticia de cancelación su cuenta puede ser cargada con \$50.00 dólares.

### Record Medico/ Formas póliza de Cáncer

Habrá un cargo de \$25.00 dólares por estos servicios especiales tales como solicitudes de abogados, Aflac, aseguranza de vida, y pólizas de cáncer.

Yo entiendo esta póliza financiera de esta oficina y que sin importar mi aseguranza, yo soy últimamente responsable por pagar mi cuenta. Yo voy a observar estas pólizas firmando esta forma

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_