

CLEAR SKIN DERMATOLOGY & COSMETIC SURGERY
Consent for Treatment / Assignment of Benefits / Notice of Privacy Practices
Consent for Confidential Communication / Protected Health Information

Consent for Diagnosis and Treatment

I understand that by presenting myself for healthcare services at Clear Skin Dermatology & Cosmetic Surgery (CSD), I consent to and authorize the administration and performance of all treatments and tests, after being fully informed and agreeing there to, which may be ordered by the physicians (and/or designated assistant) and carried out by any member of Clear Skin Dermatology staff and other personnel. I acknowledge that Clear Skin Dermatology may photograph me for the purpose of assisting CSD personnel with recognizing, identifying and treating me, and I consent to CSD's use of the photographs for its internal purposes and no others.

Assignment of Benefits and Guarantee of Payment

In consideration of medical services provided to me by CSD, I hereby assign CSD its physicians and other professionals associated with the practice, all of my rights and claims for reimbursement under any Medicare, or group health insurance policy for which benefits may be available for payment of the services provided. I agree to pay CSD and the physician and other professionals associated with the practice the balance due of all charges not paid by the above-mentioned coverage (excluding those charges not collectable pursuant to insurance contracts and Medicare regulations). This may include cost of collection and/or reasonable attorney fees. I agree to provide CSD with a current, valid health insurance policy card at the time of my appointment. If no card is available, and/or my coverage is no longer active, I will be financially responsible for all services rendered, at the time of service.

Acknowledgement of Notice of Privacy Practices

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you. It is posted in our waiting room and you may request a copy of the notice from our front desk staff. The terms of this notice may change. If we change our notice, you may obtain a revised copy from our front desk staff.

Consent to Leave Telephone Message

I authorize Clear Skin Dermatology to leave a message containing appointment information and basic medical information, as follows. (I understand that if no selection is made, detailed phone messages will not be left):

Email address: _____

Please select your preferred contact number.

Is it ok to leave a detailed message?

Contact me at my home. Phone# _____

Yes No

Contact me on my cell phone. Phone# _____

Yes No

Consent for Adult Patients

I authorize Clear Skin Dermatology to discuss any medical information with the following people:

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

May we reach out to the people listed above in the event we are unable to reach you? Yes No

I have read each of the above paragraphs and fully agree to each of the statements. I acknowledge my agreement by signing below.

Patient

Date

Parent or Guardian (if patient is under 18 years of age)

Date

Print Name

CLEAR SKIN DERMATOLOGY & COSMETIC SURGERY

Consentimiento para Tratamiento/ Asignación de Beneficios/ Aviso de Practicas de Privacidad
Consentimiento para Comunicación Confidencial/ Información de Salud Protegida

Consentimiento para Diagnóstico y Tratamiento

Yo entiendo que al presentarme para servicios de cuidado de salud a Clean Skin Dermatology & Cosmetic Surgery (CSD), yo doy consentimiento y autorizo la administración y realización de todos los tratamientos y pruebas, después de ser completamente informado y estar de acuerdo a, cual puede ser ordenado por un medico (y/o asistente asignado) y llevado acabo por un miembro del personal de Clear Skin Dermatology y otro personal yo reconozco que Clear Skin Dermatology puede fotografiarme con el propósito de asistir al personal de CSD a reconocerme, identificarme y tratarme, yo doy consentimiento a CSD's de usar la fotografía para propósitos internos y no otros.

Asignación de Beneficios y Garantía de Pago

En consideración de servicios médicos proporcionados a mi por CSD, yo por lo presente asigno a CSD y sus médicos y otros profesionales asociados con la práctica, todos mis derechos y reclamos para reembolso bajo cualquier Medicare, o política de aseguranza de salud de grupo por cual beneficios pueden ser disponibles para pago por los servicios proporcionados. Yo estoy de acuerdo en pagar a CSD y los médicos y otros profesionales asociados con la practica el balance debido de todos los cargos no pagados por mi cobertura mencionada arriba (excluye los cargos no colectables acuerdo a contratos de aseguranza y regulaciones de Medicare). Esto puede incluir costo de colección y/o cuotas razonables de abogado. Yo estoy de acuerdo en proporcionar CSD con mi tarjeta de aseguranza de salud actual y valida al momento de mi cita. Si no hay tarjeta disponible, y/o mi cobertura no esta activa, yo seré financieramente responsable por todos los servicios brindados, al momento del servicio.

Reconocimiento de Aviso de Practicas de Privacidad

Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad provee información sobre como podemos usar y divulgar la información de salud protegida sobre usted. Esta publicado en nuestra sala de espera y puede solicitar una copia del aviso con nuestro personal de registración. Los términos de este aviso cambian. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia actualizada con nuestro personal de registración.

Consentimiento para Dejar Mensajes de Teléfono

Yo autorizo a Clear Skin Dermatology de dejar mensajes conteniendo información de cita e información medica básica, como sigue. (Yo entiendo que, si no hay selección hecha, un mensaje detallado no será dejado):

Domicilio de coreo electronico: _____

Por favor seleccione el numero preferido para contactar.

¿Esta bien dejar mensaje detallado?

Contácteme en casa. # de Teléfono _____ Sí No

Contácteme en mi celular. # de Teléfono _____ Sí No

Consentimiento para Pacientes Adultos

Yo Autorizo a Clear Skin Dermatology de hablar sobre mi información médica con las siguientes personas:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Podemos llamar a las personas nombradas arriba en caso de no poder contactarlo a usted? Sí No

*Yo he leído cada uno de los párrafos arriba y estoy completamente de acuerdo con cada una de las declaraciones.
Yo reconozco mi acuerdo al firmar abajo.*

Paciente

Fecha

Padre o Tutor (Si el paciente es menor de 18 años)

Fecha

Imprimir Nombre