



Estimado nuevo paciente,

¡Bienvenido a nuestra oficina! Gracias por permitirnos atender sus necesidades dermatológicas. La siguiente información se proporciona para garantizar una transición sin problemas a nuestra oficina.

Complete los siguientes formularios y tráigalos con usted a su primera cita, ayudará a acelerar el proceso de registro. Deberá llegar 15 minutos antes, para que podamos tener su expediente listo para la hora de su cita.

Si tiene seguro médico, traiga todo su seguro actual y una tarjeta de identificación válida con foto al momento de su cita. Verifique que sus tarjetas no estén vencidas.

Planee traer los copagos requeridos a su cita y se cobrarán en el momento del registro. Para los pacientes que pagan por cuenta propia, se requiere el pago total en el momento del servicio, a menos que se indique lo contrario. Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito.

Si necesita un traductor durante su cita, notifique a nuestra oficina y le programaremos uno. También puede traer un traductor con usted.

¡Gracias!

Esperamos encontrarnos contigo pronto.

Atentamente,

El equipo de Clear Choice Dermatology  
(541) 316-6575

**The Dalles:** 1815 East 19th Street, Suite B The Dalles, OR 97058

**Goldendale:** 317 Sanders Way Goldendale, WA 98620 (Klickitat Valley Health - Family Medicine)

**Lake Oswego:** 123 C Avenue, Lake Oswego, OR 97034

**Salem:** 1610 12th St. SE, Salem, OR 97302

**Hillsboro:** 349 SE 7th Ave, Hillsboro, OR, 97123

**Warrenton:** 1609 S. Main Ave., Warrenton OR 97146

**Sandy:** 37587 US-26, Sandy, OR, 97055

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE (primer nombre, apellido):			
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenina <input type="checkbox"/> otro _____	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: - -
RAZA / ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> prefiero no responder <input type="checkbox"/> hispano / Latino <input type="checkbox"/> caucásico <input type="checkbox"/> no estoy seguro <input type="checkbox"/> otro _____		<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> nativo americano <input type="checkbox"/> afroamericano	IDIOMA PREFERIDO: <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> otro _____
DIRECCIÓN (ciudad, estado, código postal):			
TELÉFONO PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa		TELÉFONO SECUNDARIO: <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa	
CORREO ELECTRÓNICO:			
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> divorciado			
CONTACTO DE EMERGENCIA: <input type="checkbox"/> guardián responsable		nombre (primer nombre, apellido):	
teléfono:		relación con el paciente:	
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA / NOMBRE DE CLÍNICA: <input type="checkbox"/> no tengo uno			
OCUPACIÓN (opcional):			
GUARDIÁN RESPONSABLE			
NOMBRE (primer nombre, apellido):			
fecha de nacimiento:		número de seguridad social: - -	
DIRECCIÓN (ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> igual que la dirección del paciente			
INFORMACIÓN DEL ASEGURANZA			
ASEGURANZA PRIMARIA:		NOMBRE DEL ASEGURADO (si es diferente al nombre del paciente):	
		fecha de nacimiento:	relación con el paciente:
ASEGURANZA SECUNDARIA:		NOMBRE DEL ASEGURADO (si es diferente al nombre del paciente):	
		fecha de nacimiento:	relación con el paciente:
¿Cómo se enteró de nosotros?	<input type="checkbox"/> seguridad <input type="checkbox"/> atención primaria <input type="checkbox"/> amigo/familia	<input type="checkbox"/> señal de la calle <input type="checkbox"/> búsqueda de Internet <input type="checkbox"/> anuncio de Internet	<input type="checkbox"/> sitio web <input type="checkbox"/> Healthgrades.com <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Yelp <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> otro: _____









### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

Doy a *Clear Choice Dermatology*, sus médicos (médicos, NPs, PAs) y personal, autorización para divulgar mi información médica protegida a la siguiente familia, amigos, y/o guardianes:

nombre	número de teléfono	relación

En caso de que *Clear Choice Dermatology* necesite comunicar los resultados de su examen o información médica por teléfono, consulte todas las opciones de comunicación que se pueden utilizar:

- dejar un mensaje detallado en su teléfono
- celular
- casa
- otro: \_\_\_\_\_
- llamarle por los números de teléfonos siguientes:
- celular
- casa
- otro: \_\_\_\_\_
- hablar solo a usted directamente

**\*\*LA AUTORIZACIÓN EN ESTA FORMA EXPIRA:**  nunca  1 año de hoy

Por favor, compruebe y firme solo UNO de los siguientes:

- Permiso que *Clear Choice Dermatology* comparta mi información de salud confidencial como se señaló anteriormente según las opciones de comunicación marcadas en este formulario.

\_\_\_\_\_ *firma*

\_\_\_\_\_ *fecha*

- NO permito que *Clear Choice Dermatology* comparta mi información de salud confidencial con nadie excepto yo.

\_\_\_\_\_ *firma*

\_\_\_\_\_ *fecha*

Al firmar arriba, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información compartida en el proceso de tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se cita en la política de prácticas de privacidad. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. La Dermatología Clear Choice y sus entidades no condicionarán tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios al proporcionar, o negarse a proporcionar esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la revelación de mi información médica, puedo consultar la política de prácticas de privacidad.

**\*POR FAVOR, PREGÚNTALE SI DESEA UNA COPIA DE NUESTRA POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.\***

## POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Clear Choice Dermatology. Estamos dedicados a proporcionar la mejor atención y servicios posibles para usted. Conocer su responsabilidad financiera es una parte esencial de su atención. Lea atentamente lo siguiente.

**No Surprises Act of 2022:** De acuerdo con la Ley No Sorpresas de 2022, entiendo que es mi responsabilidad ver a los proveedores participantes dentro de mi plan. Si mi plan no participa con Clear Choice Dermatology o un proveedor de Clear Choice Dermatology, y recibo servicios médicos, entiendo que se me facturará la responsabilidad del paciente fuera de la red o los saldos no participantes según correspondan a los servicios prestados.

### Seguro

Es responsabilidad del paciente proporcionar un seguro preciso e información personal. Aceptar su seguro no coloca todas las responsabilidades financieras en esta práctica, y usted será responsable de cualquier saldo impago por parte de su plan. Aunque estamos contratados con la mayoría de las compañías de seguros, es posible que nuestros servicios no estén cubiertos por su plan de seguro en particular. Ser referido a nuestra oficina por otro médico no garantiza que su seguro cubra nuestros servicios.

### Copagos y saldos pendientes

Es la política de Clear Choice Dermatology que el pago se debe en el momento del servicio. Los copagos deben pagarse en su totalidad. Todos los saldos de su cuenta deben pagarse antes o en el momento de su visita. Esto incluye, entre otros, el coaseguro y los deducibles. Si no puede pagar su saldo en el momento de la visita, deberá reprogramar su cita. Nuestra oficina no ofrece planes de pago actualmente.

### Auto-Pago y Citas Cosméticas

El pago se espera en su totalidad en el momento del servicio.

### Cancelaciones y citas perdidas

- **Visitas a la oficina:** Entiendo que es mi responsabilidad cancelar mi cita al menos 24 horas antes de la fecha y hora programadas; de lo contrario, se facturará un cargo de \$50.00 a mi cuenta, que no estará cubierto por mi plan de seguro. Todos los saldos pendientes deben ser pagados en su totalidad antes de su próxima visita.
- **Citas quirúrgicas:** Entiendo que es mi responsabilidad cancelar mi cita al menos 24 horas antes de la fecha y hora programadas; de lo contrario, se facturará un cargo de \$200.00 a mi cuenta, que no estará cubierto por mi plan de seguro. Todos los saldos pendientes deben ser pagados en su totalidad antes de su próxima visita.
- Entendemos que ocurren acontecimientos inesperados en la vida y enfermedades. Si esto sucede, llame a nuestra oficina tan pronto como sea posible para cancelar o reprogramar su cita.

### Referencias

Si su seguro requiere una referencia, es su responsabilidad proporcionar la referencia antes de su cita.

### Patología

De vez en cuando, la patología es ordenada por médicos diagnosticar correctamente ciertos desórdenes de piel. Para proporcionar la calidad sienten cariño por nuestros pacientes, utilizamos un laboratorio autorizado independiente con el análisis realizado por Dermatopathologist certificado por el Consejo quien se especializa en los diagnósticos microscópicos de desórdenes de piel. Los gastos para estos servicios son además de su visita de la oficina y precio del procedimiento.



**Peticiones de Archivos Médicos / Formas (FMLA)**

Hay una tarifa de \$25.00 para los expedientes médicos, más el costo de envío y/o dispositivo electrónico. FMLA, médicos, y otros formularios de política que necesitan ser llenados por nuestra oficina requerirán una tarifa de \$10.00. Estos honorarios deben ser pagados antes de que los registros/formularios sean enviados.

**Métodos de pago aceptados**

Clear Choice Dermatology acepta el dinero efectivo, el Visa, Mastercard, Discover, y cheques personales con la identificación apropiada (licencia de conducir válido o foto ID), los controles pueden ser realizados pagaderos a "Clear Choice Dermatology". Habrá un precio de \$30.00 para cualquier control devuelto.

**RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS FINANCIERAS**

He leído las políticas financieras anteriores y entiendo mis responsabilidades financieras como paciente de Clear Choice Dermatology. Entiendo que el no hacer un pago cuando es debido es la base para la acción legal y estoy de acuerdo en pagar todos los costos de la recaudación, incluyendo los costos de la corte y los honorarios de abogado. Se agregará una tarifa de cobro del 30% a las facturas impagas cuyo saldo haya sido transferido a nuestra agencia de cobro. Si no firmo este consentimiento, Clear Choice Dermatology puede negarse a proporcionarme tratamiento.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Por la presente autorizo a Clear Choice Dermatology, LLC a divulgar cualquier información médica requerida en el curso del examen y tratamiento y permitir el pago directamente a ellos cualquier beneficio debido por sus servicios prestados. Reconozco y acepto la responsabilidad por los servicios prestados independientemente de la cobertura del seguro. Esto incluye, pero no se limita a, el copago, el coseguro, el deducible y los servicios no cubiertos.

**RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

Reconozco que he sido informado del Aviso de Dermatología de Clear Choice o de la Política de Privacidad (NOPP) al ofrecerme tomar una copia física de la Política de Privacidad de Clear Choice Dermatology (disponible en la recepción) O verla en línea en [clearchoicederm.com](http://clearchoicederm.com)

**SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice a mí o en mi nombre Clear Choice Dermatology, LLC por cualquier servicio que me proporcionen sus proveedores. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de atención médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

**HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO ANTERIOR:**

---

nombre del paciente o guardián

---

relación con el paciente

---

firma

---

fecha





## DOCUMENTACIÓN MIPS CADA 3 MESES (Q#XXX- OFFICE USE ONLY)

LOS MIPS SON UN PROGRAMA OBLIGATORIO DEL GOBIERNO DISEÑADO PARA PROPORCIONAR A NUESTROS PACIENTES LA MEJOR ATENCIÓN POSIBLE. LE APRECIAMOS ACTUALIZAR MIPS CADA 3 MESES.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_

➤ **¿Podemos enviar los resultados de su biopsia a su médico de atención primaria?**

➤  No,  No tengo un PCP  Denegar  Otro: \_\_\_\_\_  Sí, nombre del PCP: \_\_\_\_\_

(Q265- Biopsy) YES → ✓ FAX/ED Path to PCP | ✓ SELECT Biopsy result communicated | NO ✓ → DOCUMENT in patient Chart Note why | ✓ SELECT MIPS: Documentation of patient...

➤ **¿Tiene melanoma o antecedentes?**  No (N/A)  Sí, Diagnosticado  < 6 hace meses  > 6 hace meses Fecha/s: \_\_\_\_\_

• **En caso afirmativo**, ¿está siendo monitoreado cada 3/6 meses?  No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_  Sí, nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

(Q137MM) NO → ✓ Enter Chart Note Reason- ✓ SELECT MIPS Document Reason (NO) (YES → ✓ PCP is chart | ✓ CREATE Recall: <1y → 3mth F/U MM OR < 2 y → 6 Mth F/U MM ✓ | SELECT MIPS: PT INTO RECALL

(Q138- MM) NO → ✓ SELECT MIPS Appropriate Option | YES → ✓ PCP ENTERED IN EMA → ✓ SELECT MIPS Treatment Plan was communicated | (Q379) ✓ UPDATE CANCER LOG | ✓ SELECT MIPS Appropriate Option

➤ **¿Fumas tabaco?**  No  Anterior  Si

(Q226) ✓ SOCIAL HISTORY: ENTER SMOKING STATUS | ✓ VISIT NOTE → IMPRESSION → Tobacco use disorder | PLAN → Counseling (PROVIDER) → PT EDUCATION: QUIT SMOKING GIVEN TO PATIENT BY PROVIDER ✓  
SELECT MIPS PT SCREENED FOR TOBACCO | ✓ SELECT MIPS NO/FORMER → Pt screened for Tobacco use and is an ex/no smoker | YES → Pt screened for Tobacco use and counselled

➤ **¿Proporcionó o revisó su lista de medicamentos actual?**  No  Si (Nombre, dosis, frecuencia, vía de administración)

(Q337 MEDS) ✓ NO → UPDATE LIST | ✓ YES → ✓ MUST ENTER DOSAGE, FREQUENCY, ROUTE of all meds in Clipboard | ✓ SELECT MIPS Current Medications Documented

FD → PRINT MEDICATION LIST → APPOINTMENT FLOW → SELECT PATIENT → CLIPBOARD → MEDICATIONS → PRINT ACTIVE MEDS → ASK PT AT EVERY OFFICE VISIT AND UPDATE

➤ **¿Ha recibido una vacuna contra la influenza desde septiembre de 2022?**  No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Denegar  Alergias  Pendiente (lo hará)  Si

(Q110 IMMUNIZED) ✓ SELECT MIPS YES → Immunization given during flu season | NO → Immunization was not ordered or administered, reason not given | NO/PENDING → ASK PT AT EVERY VISIT AND UPDATE

➤ **¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?**  No, ¿Por qué? \_\_\_\_\_  Denegar  Alergias  Pendiente (lo hará)  Si

(Q111) SELECT MIPS ✓ YES → Pneumococcal vaccination previously received | No → Pneumococcal vaccination no received, reason not specified NO/PENDING → ASK PT AT EVERY VISIT AND UPDATE

➤ **Si tiene 60 años o más: Tiene un plan de atención avanzada?**  No  Sí - En caso afirmativo, responda a continuación

(Q47) ✓ ADVANCE CARE PLAN: ENTER INFORMATON PROVIDED | ✓ SELECT MIPS YES → Advance care plan document. NO → Patient did not wish or unable to provide advance care plan

- ¿Desea tener todos los esfuerzos de reanimación cardiopulmonar?  No  Si YES → "full code"
- ¿Desea tener un tubo de respiración si es necesario para las medidas de salvamento?  No  Si NO → "Do not intubate"
- ¿No quiero que me resuciten incluso si es necesario para tomar medidas para salvar vidas?  No  Si YES → "Do not resuscitate"
- ¿Tiene un testamento en vida?  No  Si YES → "Living will"
- ¿Tiene un sustituto de atención médica?  No  Si YES → "Healthcare proxy"

○ ¿Cuál es el nombre del sustituto de atención médica? \_\_\_\_\_

➤ **¿Está tomando Skyrizi, Humira, Dupixent, Taltz, Consenyx, o Stelara?:**

(Q410) ✓ SELECT MIPS ✓ No → SELECT Appropriate Option

No, ¿Por qué?  N/A  Rechazado  Contraindicaciones  Otro \_\_\_\_\_

(Q410) ✓ SELECT MIPS YES pt on >6mth OR Psoriasis Tools Documented | ✓ VISIT NOTE → DOCUMENT tools and specified benchmark met

Si: Empezado:  < 6 hace meses  > 6 hace meses  Solicitud de cambio de terapia

➤ **Para pacientes con medicación Skyrizi**

- **Resultados de la prueba de tuberculosis:** \_\_\_\_\_
- Negativo<sup>(1)</sup>  Positivo sin evidencia<sup>(2)</sup>
- No hay resultados de la prueba de tuberculosis: motivo: <sup>(3)</sup>  Desconocido<sup>(4)</sup> (4-Document in Pt Chart Note)

(Q337) YES/ ✓ NEGATIVE(1) → Patient has a documented negative TB test screening prior to treatment OR (2) No Evidence OR (3) (4) ✓ Document in Pt Chart Note