

Office Policy

1. ____ It is the patient's responsibility to know insurance eligibility and benefits. All copays, deductibles, and any other fee are due the day of service. No exceptions, WE DO NOT BILL THE PATIENT.
(Es responsabilidad del paciente saber la elegibilidad y los beneficios del seguro. Todos los copagos, deducibles y pagos se deben realizar el día del servicio. Sin excepciones, NO SE LE FACTURA AL PACIENTE.)
2. ____ It is the patient's responsibility to obtain any referral or authorizations if needed prior to their appointment.
(Es responsabilidad del paciente obtener referidos o autorización si es necesario antes de su cita.)
3. ____ If you arrive to your appointment 15 minutes late or later your appointment will be rescheduled.
(Si llega a su cita 15 minutos tarde o más tarde, su cita será reprogramada)
4. ____ It is the patient's responsibility to contact our office if you are not able to keep your appointment. *Fees will apply* (Es responsabilidad del paciente comunicarse con nuestra oficina si no puede asistir a sus citas. *Se aplicarán cargos*)
5. ____ It is the patient's responsibility to notify our office with any new information regarding the patient.
(Address, phone number, insurance etc.)
(Es responsabilidad del paciente notificar a nuestra oficina con cualquier información nueva relacionada con el paciente. (Dirección, número de teléfono, seguro, etc.))
6. ____ All calls will go through our triage department. The triage department will speak with our providers and/ or the MA's regarding your concerns and they will contact you. (Our staff are not able to speak to patients over the phone during office hours.)
(Todas las llamadas pasarán por nuestro departamento de llamadas. Ellos hablarán con nuestros proveedores y/o los MAs con respecto a sus inquietudes y se comunicarán con usted. (Nuestro personal no puede hablar con los pacientes por teléfono durante las horas de oficina).
7. ____ When requesting a letter or forms to be filled out by our staff please allow 3 business days for paperwork or letter to be completed.
(Cuando solicite una carta o formularios para ser llenados por nuestro personal, espere 3 días para completar)
8. ____ When requesting medical records, we can give you access to the patient's portal. If a printout is needed allow 7 business days. *Fees will apply*
(Al solicitar registros médicos, podemos darle acceso al portal del paciente. Si requiere una copia física permita 7 días hábiles. *Se aplicarán cargos*)

PLEASE READ AND CHECK ALL POLICIES

Thank you in advance for your cooperation.

Patients Name/ Nombre del Paciente

Date/Fecha

Signature/Firma

Patients Name: _____ Date of Birth: _____
(Nombre del paciente) (Fecha de Nacimiento)

Address: _____ Zip Code: _____
(Direccion) (Codigo Postal)

Home Number: _____ Cellphone: _____ SS #: _____
(Telefono Casa) (Celular)

Can we leave detail message? (Podemos dejar un mensaje detallado) YES (si) NO (no)

Email: _____ Portal Activated / Portal Activado: Yes No

Mother: _____ Home Number: _____ Responsible Party
(Madre) (Telefono) Father(padre)
 Mother(madre)
Father: _____ Home Number: _____ Self (Usted)
(Padre) (Telefono) Other (otro)

Employer (Empleador): _____ Occupation (Ocupacion): _____

Insurance

Primary Insurance: _____ ID #: _____ SELF SPOUSE
(Compania de Seguro) (Usted) (Esposo/a)

Subscriber: _____ Date Of Birth: _____ SS #: _____ CHILD OTHER
(Primario) (Fecha de Nacimiento) (Hijo/a) (Otro)

Medical History

Reason for your visit: _____
(Razon por la visita)

Primary Care Provider: _____ Phone Number: _____ Referred by: _____
(Doctor Primario) (Telefono) (Referido por)

Pharmacy: _____ ZipCode: _____ Phone Number: _____
(Farmacia) (Codigo Postal) (Telefono)

Drug Allergies/Sensitivities: _____
(Alergias)

Medical Conditions: _____
(Condiciones Medicas)

List Present Medication: _____
(Medicinas Diarias)

Hospitalization/Surgeries: _____
(Hospitalizaciones/Cirugias)

Emergency Person: _____ Relationship: _____
(Persona de Emergencia) (Relacion)

Emergency Contact: _____
(Contacto de Emergencia)

Mark if applies (Marcar si le aplica)

- Smoke (Fuma)
- Alcohol Consumption (Consumo Alcohol)
- Recreation Drug Use (Drogas Recreacionales)
- Pregnant (Embarazada)
- Breast Feeding (Amamantando)

Authorized Person to Discusse Medical Information: _____ Phone Number: _____
(Persona autorizada a discutir informacion medica) (Numero de telefono)

By signing this form, I hereby give my consent for Ciocca Dermatology, PA to use and disclose protected health information (PHI) about me to carry out treatment, payment and health care operations (TPO). (The Notice of Privacy Practices provided describes such uses and disclosures more completely.) I have the right to review the Notice of Privacy Practices prior to signing this consent. Ciocca Dermatology reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at any time. I understand any charges, copays, coinsurance and deductibles will be collected at the time of service. If I do not sign this consent, or later revoke it Ciocca Dermatology, PA may decline to provide treatment to me.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que Ciocca Dermatology, PA use y divulgue información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica (TPO). (El Aviso de Prácticas de Privacidad provisto describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa). Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Ciocca Dermatology se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Comprendo que los cargos, copagos, coseguros y deducibles se cobrarán en el momento del servicio. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco más tarde, Ciocca Dermatology, PA puede negarse a brindarme tratamiento.

Patient Name: _____ Responsible Party: _____
(Nombre del Paciente) (Persona Responsable)

Signature: _____ Date: _____
(Firma) (Fecha)