

Resnik Skin Institute Patient Information

Dr. Barry I. Resnik M.D

2630 NE 203 STREET, SUITE 105 AVENTURA, FL 33180. Tel: 305-692-8998 Fax: 305-692-8606

Información Del Paciente

Nombre: _____

Casa # _____ Celular # _____

Dirección: _____

Masculino Femenina Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viedo/a

Corréo Electrónico: _____

Can we email you? Yes No

Número Seguro Social : _____

Remitido por: _____

Profesión: _____ Empleador: _____

Información de Cónyuge o Padre

Nombre _____

Teléfono: _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____

Teléfono: _____

Historia Médica

Por favor marque Si o No y ponga un círculo a lo que aplique.

Si No

Melanoma: Personal o historia de familia?

Tiene usted una historia personal de los siguientes?

Carcinomas de Células Escamosas o Carcinomas de Células Basales?

Sangramiento excesivo por heridas o cirugía

Alguna vez se ha desmayado?

Asma, Alergias, Eczema

Enfermedad cardíaca o Latidos Irregulares

Presión Alta

Marcapasos o Coyuntura Artificial

Hepatitis / Enfermedad del Hígado

Diabetes, Enfermedad del Riñon o Tiroide

Infección de HIV o SIDA

Usted fuma o utiliza tabaco

Cirugía/s : _____

Historia Médica

Alergias a medicinas : _____

Problemas médicos actuales: _____

Medicamentos : _____

Información de Farmacia

Farmacia : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Persona Asegurada / Persona Responsable

Primario/a en el Seguro Médico (Marque Uno)

Paciente Cónyuge Padre Otro

Nombre _____

Casa: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número Seguro Social: _____

Consentimiento de Examinación y Tratamiento Asignación de Beneficios

Yo doy mi consentimiento de examinación, tratamiento, biopsia y/o cirugía y el intercambio de información médica con el propósito de tratamiento médico y segunda opinión. Yo permito la asignación de beneficios médicos a los cuales tengo derecho a Barry I. Resnik MD. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos, sean o no cubiertos por el seguro médico. Yo autorizo la diseminación de cualquier información médica a mi compañía de seguro para poder procesar mi reclamo médico. Yo reconozco que he recibido copia de la Información de Privacidad del Paciente. Yo estoy de acuerdo con el cargo de \$25 por cancelación/o no asistir a una cita sin notificar a la oficina por lo menos con 24 horas de aviso anterior a la cita. Yo certifico que la información dada en esta planilla está correcta.

Firma : _____

Fecha: _____ Iniciales: _____

Barry I. Resnik, MD

2630 Center 2630 NE 203 St Suite 105
Aventura, FL 33180
T (305) 692-8998 F (305) 692-8606
ptcare@DrResnik.com
www.DrResnik.com

Adult, Pediatric & Cosmetic
Board Certified, American Board of Dermatology
Diplomate, American Academy of Dermatology
Fellow, American Society for Dermatologic Surgery



**Team Dermatologist, MLB Florida
Marlins**

Poliza Financiera

Estamos comprometidos a proveer el mayor cuidado medico posible. Para alcanzar esta meta, es importante que usted entienda nuetsra poliza financiera.

Pago por servicios medicos se requiere al recibir los servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, American Express, Visa, MasterCard, y Discover como formas de pago. Recomendamos que usted verifique que el Dr. Resnik participa con su plan de seguro. No es posible verificar cada plan en particular.

Los reclamos para planes con los cual el Dr. Resnik es participante son remitidos electronicamente. Para los planes no participantes, le podemos proveer un recibo en detalle para entregar a su compania de seguro.

El Dr. Resnik no participa con **Medicaid** como seguro primario o secundario. Por favor provee esta informacion a la recepcionista antes de su cita.

En el caso que su cheque sea devuelto por no pago, cargos seran anadidos a su cuenta. Por favor, dejenos saber si usted no puede asisitr a su cita. Citas no canceladas o canceladas con menos de 24 horas de aviso pueden acumular un cargo de \$25.

Todos copagos o coseguros, por medio de su compania de seguro, seran colectados al final de su visita. Cualquier cargo adicional, por medio de su compania de seguro, deben ser pagados dentro de 30 dias al recibo de su cuenta. Cuentas con balances no pagadas dentro de 60 dias seran remitidas a una agencia de colecta y un cargo de \$35 sera anadido. Si usted tiene dificultad en pagar su cuenta, por favor dejenos saber para asistirlo en este proceso.

Firma del Paciente/Primario de Seguro

Fecha

Firma del Primario de Seguro

Testigo

Yo he leído la información de Resnik
Dermatology de Derechos de Privacidad

Firma: _____

Fecha: _____

Barry I. Resnik, MD

2630 Center 2630 NE 203 St Suite 105
Aventura, FL 33180
T (305) 692-8998 F (305) 692-8606
info@DrResnik.com
www.DrResnik.com



Adulto, & pediátrico; Cosmético El tablero certificó, tablero americano de dermatología Diplomate, academia americana de dermatología Compañero, sociedad americana para la cirugía dermatológica

Dermatólogo del equipo, marlines de MLB la Florida

POLÍTICA EN SEGURO Y ASSINGMENT DE VENTAJAS

Nombre _____

Como Médicos, nuestra relación está con usted, no su compañía de seguros. entienda por favor eso:

- **Su seguro es un contrato entre usted, su patrón, y la compañía de seguros. No somos un partido a ese contrato.**
- Nuestros honorarios fal dentro de la gama aceptable de la mayoría de las compañías, y por lo tanto se cubren hasta el permiso máximo determinado por cada portador. Esto se aplica solamente a las compañías que pagan un porcentaje (tal como 50%, o 80%) del " fees" generalmente, acostumbrado, y razonable; para esta región. Esta declaración no se aplica a las compañías que reembolsan basado en un " arbitrario; schedule" de honorarios que no lleva ninguna relación al estándar y al coste actuales de cuidado en esta área.
- No todos los servicios son ventajas cubiertas en todos los contratos. Algunos de seguros de las compañías servicios selectos arbitrariamente ciertos que no cubrirán, y no divulgan fácilmente este hecho hasta después de que se haya hecho el servicio.
- Solamente un procedimiento se hace por visita. En caso de necesidad, una visita de la carta recordativa se puede programar discutir resultados.

Para nuestros pacientes de HMO: Su portador de seguro permite 5 visitas sin una remisión y le requiere después de eso tener una remisión para cada visita al Dr. Resnik. Es su responsabilidad obtener su remisión antes de su visita con el Dr. Resnik. Si usted no tiene su remisión, su visita será diferida, retrasando su tratamiento y cuidado.

Doy instrucciones y dirijo por este medio a mi compañía de seguros, al depósito electrónico payby de los fondos o de los cheques hechos a la dermatología Aventura de Resnik, P.A.

Si mi política actual prohíbe el pago directo para cuidarse, también le doy instrucciones por este medio que el ot me hace el cheque y lo envía a la dirección arriba, para el profesional o las ventajas del costo médico permisibles, y de otra manera pagaderas a mí bajo mi póliza de seguro actual mientras que el pago hacia el total carga para los servicios profesionales hechos. **ÉSTA ES UNA ASIGNACIÓN DIRECTA DE LAS MIS DERECHAS Y VENTAJAS BAJO ESTA POLÍTICA.** Este pago no excederá mi endeudamiento al cesionario antedicho, y tengo convine la paga, de una manera actual, cualquier equilibrio de los precios de servicio profesional dichos superior a este pago de seguro.

- La fotocopia de esta asignación será considerada como eficaz y válido como la original.
- Yo autorizo la dermatología Avnetura, P.A. de Resnik para depositar los cheques recibidos en mi cuenta.
- Yo también autorizo el lanzamiento de cualquier información en relación con mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador, o en este caso el implicado abogado.
- Yo autorizo al doctor a iniciar una queja a la comisión del seguro por cualquier razón en nombre.

Firma del paciente/del asegurado

Fecha

Barry I. Resnik, MD

2630 Center 2630 NE 203 St Suite 105
Aventura, FL 33180
T (305) 692-8998 F (305) 692-8606
info@DrResnik.com
www.DrResnik.com



Adulto, & pediátrico; Cosmético El tablero certificó, tablero americano de dermatología Diplomate, academia americana de dermatología Compañero, sociedad americana para la cirugía dermatológica

Dermatólogo del equipo, marlines de MLB la Florida

POLÍTICA FINANCIERA

estamos confiados a proveer de usted el cuidado mejor. para alcanzar estas metas, necesitamos asegurar su comprensión de nuestra política del pago.

El pago para el servicio es debido en los servicios del tiempo se rinde. aceptamos el efectivo, los cheques, American Express, Mastercard, visa y los descubrimos. Para **asegurar a una tensión visita libre, verifique por favor que el Dr. Resnik participa con su régimen de seguros.** no es posible continuar con todos los planes individualizados disponibles hoy.

Las demandas para las compañías de seguros con quienes el Dr. Resnik participa, se presentan electrónicamente. Para esas compañías de seguros con quienes no participemos, estamos satisfechos proveer de usted y de la cuenta detallada que usted pueda someter para el reembolso.

El Dr. Resnik **no participa con Medicaid** como cobertura primaria o secundaria. Notifique por favor a la secretaria antes de su cita si usted es un paciente de Medicaid.

Si su cheque se vuelve sin pagar, la carga será agregada a su equilibrio de cuenta. Sea por favor cortés a nosotros y a usted los pacientes compañeros cuando usted no puede guardar su cita. Las citas faltadas y los appointments cancelados sin 24 horas de comunicación previa pueden incurrir en una carga \$25.00.

Todo co-paga y las cantidades del coaseguro son debidas en ese entonces para el servicio, y no pueden ser renunciadas. Todos los equilibrios del paciente, según lo determinado por su compañía de seguros, son debidos y pagaderos en el plazo de 30 días de su factura. El interés será acrecentado para los balances durante 30 días en el 18% per annum y un honorario de colección agregado a los balances durante 60 días. Todos los equilibrios durante 60 días automáticamente se refieren una agencia de colecciones. Pague por favor su equilibrio puntualmente. Si usted tiene dificultades financieras, notifíquenos por favor cuanto antes para evitar esta eventualidad

Firma del paciente/del asegurado

Fecha

Firma del asegurado si con excepción de paciente

Testigo

He leído el aviso de la dermatología de Resnik de las derechas de aislamiento.

Firma: _____

Fecha : _____