

# Formulario de Order del Paciente para Fototerapia en Casa

Fax: 214-414-2533 ■ Correo Electrónico: sales@dermitech.com

Correo: PO Box 801403, Dallas, TX 75380-1403

Daavlin®  
Distribuidor autorizado



Para ser llenado por el PACIENTE. Por favor imprima claramente. Para obtener ayuda, llame al 214-377-8144.

## Información del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Diagnóstico de la Piel:  Psoriasis  Vitiligo  Eczema  Otro \_\_\_\_\_

Dirección / Nombre de envío, si es diferente a la anterior: Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Asistencia con Seguros



Deseo que Dermitech compruebe los beneficios del seguro y me contacte para discutir las opciones. Yo Autorizo lo siguiente:

- Asignación de Medicare, Medicaid, Medicare Suplementario u otros beneficios de seguro a Dermitech y / o Los proveedores de Dermitech y / o nuestros socios de cumplimiento de órdenes.
- Facturación directa a Medicare, Medicaid, Medicare Suplementa u otra (s) aseguradora (s).
- Liberación de mi información médica a Medicare, Medicaid, Medicare Suplementa u otras aseguradoras y sus agentes y cesionarios.
- Dermitech o sus socios obtengan información médica u otra información necesaria para procesar mi (s) reclamo (s), incluyendo determinar la elegibilidad y buscar el reembolso de equipo médico previsto.

## Selección del Producto



**DermaPal**  
Varita de mano,  
cuero cabelludo  
y manchas



Code: E0691



**1 Series**  
Panel de 18"  
para manos,  
cara, pies, etc.



E0691



Panel de 6'



E0693

Circule el número  
de lámparas

4  
6

**7 Series**



Armario de 6'



E0694

8  
10  
12



**M Series**  
Unidad para  
manos/pies,  
Lámparas en Base  
& Capucha



E1399

Circule el número  
de lámparas

10  
20

**4 Series**

Panel de 4'



E0692



**Levia**  
Fototerapia  
dirigida



E1399



**UV Series**  
Cabina de 6'  
envolvente de  
cuerpo entero



E0694

Circule el  
número de  
lámparas

12  
16  
24

Controlador: Cronometro Digital (estándar)  Dosimetría Tipo de Lámparas: Banda Estrecha UVB (estándar)  \_\_\_\_\_

## Confirmación

Confirmo que la información anterior es correcta y completa a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo con seguir las instrucciones de mi médico para el uso apropiado de este dispositivo médico. Yo autorizo a Dermitech y / o a cualquiera de nuestros afiliados corporativos o socios para que se pongan en contacto conmigo por teléfono, correo o correo electrónico respecto a mi pedido de equipo médico. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a liberar a Dermitech, mi médico (s), cuidador, CMS o sus agentes.

*Es importante entender el tamaño, el peso y los requisitos eléctricos de su dispositivo. Por favor discutir estos detalles y cualquier necesidad de entrega especial que pueda tener con su Representante Dermitech llamando al (214)377-8144.*

He leído y acepto el Acuerdo del Paciente.

Firma (Requerida) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al paciente:  Yo  Padres  Otro \_\_\_\_\_

## Consentimiento Del Paciente

A continuación, figuran los términos y condiciones de la venta o alquiler de equipos médicos para el hogar. Lea atentamente y firme el formulario de consentimiento del paciente si está de acuerdo. Por favor llame al (214) 377-8144 si necesita ayuda o tiene preguntas.

- Los dispositivos médicos para uso en casa que vendemos sólo se pueden comprar o alquilar con una prescripción válida o una orden escrita de un médico con licencia según las regulaciones gubernamentales
- Usted acepta usar su dispositivo médico únicamente de la manera en que fue diseñado. Esto incluye seguir las instrucciones de su médico y programar exámenes periódicos de seguimiento. Los pacientes menores a los que se prescribe esta unidad deben estar bajo la supervisión de un padre o tutor que entienda el uso del dispositivo y asuma la plena responsabilidad del menor. Usted acepta seguir todas las precauciones de seguridad, incluyendo el uso de gafas de protección durante todos los tratamientos de fototerapia en el hogar.
- Los documentos: la política de privacidad HIPAA de Dermitech, los estándares de Medicare, la lista de derechos de los pacientes y el alcance de los documentos de servicios están disponibles en [www.dermitech.com/forms](http://www.dermitech.com/forms), y una copia impresa se incluirá con su dispositivo a la entrega. Para recibir una copia por fax, correo o correo electrónico, llame a Dermitech al 214-377-8144.
- No hay obligación de comprar cuando se verifican sus beneficios de seguro y elegibilidad. Sin embargo, una vez que usted haya instruido a Dermitech a procesar su orden, el pago del precio en su totalidad acordado se convierte en su responsabilidad. Usted entiende que los deducibles no cubiertos, los copagos y los cambios en los beneficios del plan a veces pueden afectar el monto del reembolso que usted recibe y usted acepta pagar la diferencia entre el precio acordado y el monto de su reembolso del seguro.
- Si su dispositivo aún no ha sido pagado en su totalidad y su compañía de seguros le envía el pago a usted en lugar de a Dermitech, usted acepta re-enviar este pago a Dermitech dentro de los 5 días hábiles de la recepción.
- Sólo las compras de nuevos productos dentro de los 48 estados contiguos califican para la entrega gratuita. Las entregas de Hawái y de Alaska incurrirán en cargos de envío adicionales.
- El equipo grande será entregado a la puerta de la planta baja de su hogar o garaje. Si desea un servicio adicional, como un transporte de escalera o transporte al interior de su casa, usted mismo debe hacer los arreglos o ponerse en contacto con Dermitech en relación con estos u otros servicios. El servicio en sitio de Dermitech actualmente sólo está disponible en áreas seleccionadas de Texas y se aplica a modelos específicos.
- En el momento de la entrega a su casa, usted acuerda inspeccionar el paquete y anotar cualquier daño en el recibo de carga antes de aceptar la entrega. Si no puede inspeccionar completamente el equipo antes de firmar la entrega, se compromete a indicar "la inspección adicional posible-daños ocultos posibles" en el recibo de carga y notificar a Dermitech o a Daavlin dentro de los dos días hábiles del producto entregado, si hay daño presente.
- Usted acepta que ha leído y entiende completamente el tamaño y el peso del dispositivo y que tiene espacio para acomodarlo. Además, confirma su comprensión de que algunos dispositivos grandes pueden requerir una salida eléctrica especial que necesita instalar para que el dispositivo funcione. Puede encontrar información sobre tamaño, peso y requisitos eléctricos en el sitio web del proveedor del equipo en [www.daavlin.com](http://www.daavlin.com) o puede comunicarse con Dermitech al 214-377-8144.
- Usted acepta que el equipo médico recetado adquirido no es retornable, por lo tanto todas las ventas son finales.
- Usted entiende, como comprador, que la firma del documento de formulario de pedido del paciente constituye mi entendimiento y acuerdo con los términos y condiciones contenidos en este documento, que son aplicables a la compra de equipo médico para uso en casa.

**Dermitech**  
**Teléfono: 214-377-8144 ■ Fax: 214-414-2533**  
**13500 Midway Rd #312 ■ Dallas, TX 75244**  
**Horas de trabajo: 9:00am to 5:00pm**

# Acuerdo de alquiler de fototerapia en el hogar



Daavlin<sup>®</sup>

Distribuidor autorizado

Por favor, firme y regrese a Dermitech

sólo si es alquiler

Fax: 214-414-2533 ■ Correo Electrónico: sales@dermitech.com

Correo: PO Box 801403, Dallas, TX 75380-1403

Para ser llenado por el PACIENTE. Por favor imprima claramente. Para obtener ayuda, llame al 214-377-8144.

## Términos y condiciones adicionales para alquileres

Estos términos y condiciones adicionales sólo se aplican a los alquileres. Puede ignorar esta página si está comprando equipo. Para asistencia, por favor llame a Dermitech al 214-377-8144.

- Los dispositivos disponibles para el alquiler están limitados a modelos específicos y al tipo de lámpara UVB de banda estrecha solamente
- El plazo mínimo para los alquileres es de tres meses calendario. Después de ese tiempo, puede elegir comprar un nuevo dispositivo, devolver el dispositivo o comprar el dispositivo que alquiló si se le ofreció esa opción.
- Para los modelos DermaPal y 1 Series, debe ser un residente de los Estados Unidos. Para otros modelos disponibles, debe ser residente en las áreas de servicio de Dermitech en Texas. Puede haber un cargo de transporte adicional para la entrega de equipos grandes dependiendo de la ubicación
- Usted se compromete a pagar la tasa de alquiler de tres meses y el depósito de seguridad (si es necesario) por adelantado con una tarjeta de crédito mayor. El depósito de seguridad será reembolsado dentro de 14 días de la devolución o recuperación del equipo en buenas condiciones, o puede ser aplicado a una compra
- Usted acepta estar disponible durante las horas normales de oficina para citas de entrega, recuperación o reparación del equipo si es necesario.
- Para los modelos DermaPal y 1 Series, la unidad debe ser devuelta a Dermitech dentro de los 14 días posteriores a la finalización del programa, en la caja original con todos los accesorios.
- Usted entiende que el equipo de alquiler es propiedad de Dermitech. Usted se compromete a pagar por la reparación o el reemplazo del equipo de alquiler debido a mal uso, rotura, inundación, incendio, robo, etc. Su responsabilidad máxima es el precio de la parte o piezas de repuesto o su precio de venta del equipo en caso de una pérdida total.
- Usted se compromete a mantener el equipo de alquiler en su estado de entrega, libre de rayaduras, desgastes, abolladuras, lámparas rotas, etc. Desgaste ligero es aceptable y se espera con uso regular.

Entiendo que la firma de este documento constituye mi entendimiento y acuerdo con los términos y condiciones adicionales aquí contenidos, que son aplicables al alquiler de equipos de fototerapia en el hogar.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (por favor imprimir) \_\_\_\_\_

Relación a paciente:  Yo  Padre  Otro \_\_\_\_\_

Dermitech

Teléfono: 214-377-8144 ■ Fax: 214-414-2533

13150 Coit Road #301 ■ Dallas, TX 75240

Horas de trabajo: 9:00am to 5:00pm