



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy: ____/____/____

Mr. Mrs. Miss. Ms. Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____
Primero Apellido Inicial 2ndo

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Num. Celular: ____-____-____ Num. Casa: ____-____-____ Correo Electronico: _____

Como se entero sobre nuestra Oficina? Publicidad Boca a Boca Búsqueda web Otra

Quien te refirió a nuestra oficina? _____

Quien es su medico de cabecera? _____ Local: _____ Phone: ____-____-____

Farmacia Preferida: _____ Local: _____ Phone: ____-____-____

Tiene una Directiva Anticipada de Atencion de la Salud? Es decir, usted tiene a alguien que tiene derecho a tomar cualquier decision medica por usted si por alguna razon usted no puede.

El paciente es su propio poa (poder notarial) Si No
Si no, nombre del POA: _____ Phone: ____-____-____

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ Numero de miembro (ID) #: _____ Copago especifico \$ _____
Suscriptor: Si mismo Esposo/a Hijo/a Otro/a: _____

Seguro Secundario: _____ Numero de miembro (ID) #: _____
Suscriptor: Si mismo Esposo/a Hijo/a Otro/a: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion con el paciente: _____ Num. del Telefono: ____-____-____

La informacion anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al medico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. Tambien autorizo a DermDox Dermatology Centers o a la compania de seguros a revelar cualquier informacion requerida para procesar mis reclamaciones.

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

MEDICAL HISTORY

Pasado/Presente Historial Medico (Por Favor marque todos los que apliquen)

Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Hipotension	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/>	Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>
Fibrilacion Auricular	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
Hiperplasia Prostatica Benigna	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresor	<input type="checkbox"/>
Trasplante de Medula Osea	<input type="checkbox"/>	MRSA	<input type="checkbox"/>
Cancer de Seno	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>
Cancer de Colon	<input type="checkbox"/>	Cancer de los Pulmones	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica (Enfisema)	<input type="checkbox"/>	Linfoma	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>
Deprecion	<input type="checkbox"/>	Cancer de Prostata	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Tratamiento de radiacion	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal en Etapa Terminal	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
GERD (Reflujo Acido)	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>
Perdida de la audicion	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de valvula cardiaca	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguno	
Hipertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Historial Quirúrgico (Por Favor marque todos los que apliquen)

Cirugia de Cancer Basocelular	<input type="checkbox"/>	Cirugia de Carcinoma de Celulas Escamosas	<input type="checkbox"/>
Reemplazo de Articulacion: Cadera (Derecha, Izquierda, Bilateral)	<input type="checkbox"/>	Squamous Cell Carcinoma Surgery	<input type="checkbox"/>
Mastectomia (Derecha, Izquierda, Bilateral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguno	
Reemplazo Mecanico de Valvula Cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Historial de Enfermedades de la Piel (Por Favor marque todos los que apliquen)

Acne	<input type="checkbox"/>	Melanoma	<input type="checkbox"/>
Queratosis Actinica	<input type="checkbox"/>	Hiedra Venenosa	<input type="checkbox"/>
Cancer Basocelular	<input type="checkbox"/>	Lunares Precancerosos	<input type="checkbox"/>
Quemaduras de sol con Ampollas	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>
Piel Seca	<input type="checkbox"/>	Cancer de celulas escamosas	<input type="checkbox"/>
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguno	
Descamacion o picazon del cuero cabelludo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fiebre del heno/Alergias	<input type="checkbox"/>		

	SI	NO	
Utiliza protector solar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, que factor de proteccion solar? __
Te bronceas en un salon de bronceado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene antecedentes familiares de melanoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, que parientes? _____

Medicamentos

(Por favor listar medicamentos actuales)

Alergias

(Por favor listar todas sus alergias)

Ver lista adjunta

Historial Social

Uso de Cigarrillos

- Nunca he fumado
- Ex Fumador
- Fumo menos que diariamente
- Fumo diariamente

Vacuna

- FLU
- La Neumonía

Quando? ____/____
Mo/Yr

Quando? ____/____
Mo/Yr

Alcohol Use

- Si
- No

Last Menstrual Period: ____/____/____ N/A

Motivo de la visita:

Por favor, compruebe si tiene alguno de los siguientes:

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Alergia al adhesivo | <input type="checkbox"/> | El anticoagulante | <input type="checkbox"/> |
| Alergia al látex | <input type="checkbox"/> | El desfibrilador | <input type="checkbox"/> |
| Alergia a la lidocaína | <input type="checkbox"/> | Premedicación antes del procedimiento | <input type="checkbox"/> |
| Alergia a la crema antibiótica tópica | <input type="checkbox"/> | Problemas con el sangrado | <input type="checkbox"/> |
| Embarazada o planeando un embarazo | <input type="checkbox"/> | Latidos cardíacos rápidos con epinefrina | <input type="checkbox"/> |
| La lactancia materna | <input type="checkbox"/> | Contacto o viaje en el oeste de Africa | <input type="checkbox"/> |



**Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA)
Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud**

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

Si No

Podemos dejar la informacion medica para usted en su contestador automatico?

Recordatorio de citas mediante mensaje de texto?

Corremos electronicos referente a recordatorias de citas/promocion?

Podemos enviar su informacion medica a traves de correo?

INSTRUCCIONES DE CONTACTO Con quien podemos compartir informacion de privada con respecto a su atencion medica? Por favor, anote lost nombres y la informacion de contacto.

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: ____-____-____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: ____-____-____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: ____-____-____

Firma del Paciente/Guardian: _____

Fecha: ____/____/____



Política de Pago

Gracias por elegirnos como su dermatólogo. Estamos comprometidos a proporcionarle asistencia médica de calidad y asequible. Entendemos que usted puede tener algunas preguntas con respecto a la responsabilidad de los pacientes y los seguros por los servicios prestado y esperamos que podamos proporcionar más comprensión sobre este tema.

SEGURO Participamos en la mayoría de los planes médicos, incluyendo Medicare. Si no está asegurado por un plan con el que somos proveedores, se espera un pago completo en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que somos proveedores, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo por cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.

CO-PAGOS Y DEDUCIBLES Todos los copagos y deducibles deben ser pagados en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros.

SERVICIOS NO-CUBIERTOS Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios que puede recibir no están cubiertos o no son considerados médicamente necesarios por su compañía de seguros. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de su visita.

PRUEBA DE SEGURO Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro válida como prueba de seguro. Si usted no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de su reclamación.

PRESENTACION DE RECLAMOS Enviaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad de cumplir con sus peticiones. El saldo se convierte en su responsabilidad si no se recibe ningún pago del seguro.

CAMBIOS DE COBERTURA Si su seguro cambia, por favor avisenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus beneficios. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le facturará automáticamente al paciente.

CITAS PERDIDAS Nuestra póliza es cobrar **\$50.00** (médico) o **\$150** (quirúrgico) por citas perdidas no canceladas 24 horas antes. Estos cargos serán su responsabilidad y le serán facturados directamente. Por supuesto, entendemos que las emergencias pueden suceder y comprendemos estas situaciones. Por favor, ayudenos a servirle mejor manteniendo su cita regularmente programada. Depósitos de laser son reembolsables (5) días antes de su cita. Cualquier cancelación después pierdes su depósito.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargadores usuales y acostumbrados para nuestra área. Gracias por su comprensión de nuestras pólizas de oficina. Por favor, dejenos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo las pólizas de la oficina y acepto cumplir con sus directrices.

Firma _____ Fecha: ____/____/____



Aviso de Practicas de Privacidad
Reconocimiento del Paciente

Nombre de Paciente : _____ Fecha: ____/____/____

He recibido y/o revisado el Aviso de Praticas de Privacidad de esta oficina medica. Este Aviso provee detalles sobre el uso y revelacion de mi informacion medica protegida que puede se necesaria por esta oficina, mis derechos individuales, como puedo ejercer estos erehos y los deberes legales de la oficina medica con respecto a mi informacion.

Entiendo que esta oficina se reserva el derecho de cambiar los terminos de su Aviso de Practicas de Privacidad y de hacer cualquier cambio relacionado con toda la informacion medica protegida que resida en o sea controlada por esta oficina. Entiendo que puedo obtener el aviso de Practicas de Privacidad actual de esta practica si lo

Firma _____ Fecha: ____/____/____

Relacion con el paciente (si firmado por un representante personal de paciente) _____