

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
(Por favor complete todas las secciones)

Fecha: _____

Localización de la oficina: _____

NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido, Nombre M.I.): _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

NOMBRE DE PADRE (S) O TUTOR (S): _____ SSN#: _____

SEXO: (☐) Hombre (☐) Mujer ESTADO CIVIL: (☐) Soltero (☐) Casado (☐) Divorciado (☐) Viudo (☐) Apartado

DIRECCIÓN DE ENVIO:

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: (____) _____ TRABAJO: (____) _____ CÉLULA: (____) _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: (☐) YO (☐) ESPOSA (☐) NIÑO (☐) NIÑO DE PASO (☐) OTRO

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ TELÉFONO #: (____) _____

FARMACIA: _____ TELÉFONO #: (____) _____

¿CÓMO ESCUCHASTES OICERCA DE DERMATOLOGÍA AVANZADA?? _____

PADRE, ESPOSO, O FIESTA RESPONSIBLE

Si es diferente del paciente

NOMBRE (Apellido Nombre M.I.): _____ FECHA O NACIMIENTO: ____/____/____

SSN#: _____ SEXO: (☐) Hombre (☐) Mujer

DIRECCIÓN DE ENVIO:

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: (____) _____ TRABAJO: (____) _____ CÉLULA: (____) _____

Enumere a todos los que nos autoriza a compartir información sobre su atención:

(por ejemplo, niños, padres o parejas que pueden recibir los resultados de las pruebas, etc.)

**** DEJE EN BLANCO SI SÓLO PODEMOS COMPARTIR INFORMACIÓN CON EL PACIENTE ****

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ CONTACTO #: (____) _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ CONTACTO #: (____) _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ CONTACTO #: (____) _____

Estoy de acuerdo en que los nombres que mencioné anteriormente pueden recibir cualquier información en mi nombre con respecto a mis registros médicos, resultados, etc. _____ **(iniciales aquí)**

¿QUIERES APRENDER MÁS SOBRE NUESTROS COSMÉTICOS? (☐) SI (☐) NO

En caso afirmativo, describa en qué información le gustaría: _____

TO BE FILLED OUT BY OFFICE:

Primary: INS CARRIER: _____ ID# _____ MEDICAL GROUP: _____ COPAY: _____

Secondary: INS CARRIER: _____ ID# _____ MEDICAL GROUP: _____ COPAY: _____

CUESTIONARIO MÉDICO

FECHA: _____

NOMBRE (Apellido Nombre M.I.): _____ FECHA O NACIMIENTO: ____/____/____

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?:

SI	NO				
		Cáncer de piel / melanoma	Transfusiones de Sangre:		
		Acne/ Accutane	Fechas: _____		
		Herpes labial			
		Keloids/ Bad cicatrices	Cirugía / Hospitalizaciones:		
		Eczema / erupciones en la piel	Fechas: _____ Tipo de operación: _____		
		Dificultad con la curación de heridas			
		Dificultad con infecciones de la piel			
		Psoriasis			
		Asma / fiebre del heno / urticaria / problemas de			
		Fiebre reumática			
		Enfermedad del corazón			
		Alta presión sanguínea	SI	NO	Tener a algún familiar de la sangre que tenga alguno de los siguientes:
		Soplo cardíaco / Prolapso de la válvula mitral			Cáncer de piel
		Articulación artificial, válvula cardíaca, prótesis			Melanoma
		Marcapasos o Desfibrilador			Asma / fiebre del heno
		Enfermedad del riñón			Eczema/ erupciones en la piel
		Glaucoma			Diabetes
		Diabetes			Psoriasis
		Tuberculosis			Otra enfermedad de la piel:
		Infecciones de sangre-Bourne			
		Enfermedad autoinmune (lupus, artritis reumatoide)			
		Hepatitis B o C (Por favor circule)			

¿Es usted alérgico a algún medicamento? _____

¿Tiene sensibilidad a la lidocaína o epinefrina? () SI or () NO

¿Está tomando medicamentos actualmente o suplementos vitamínicos / minerales? (POR FAVOR, LISTA)

SI NINGUNA, MARQUE AQUÍ _____

SI	NO	OTRAS PREGUNTAS	SI	NO	SOLO PARA CLIENTES FEMENINOS
		¿Estás en buen estado de salud?			¿Estas embarazada?
		¿Te tomas el sol?			¿Estás amamantando?
		¿Utiliza cabinas de bronceado?			¿Tomas el control de la natalidad?
		¿Necesita antibióticos antes de la cirugía dental?			Si es Sí, nombre: _____
		¿Usted sangra fácilmente?			Fecha del último período menstrual: _____
		¿Estás bajo el cuidado de un médico			_____ / _____ / _____
		En caso afirmativo, indique las condiciones:			

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por este medio, se notifica que Advanced Dermatology no revelará ni divulgará ninguna información personal sobre usted o sus dependientes sin su permiso. Su información nunca debe ser vendida, o listada con fines de publicidad, recaudación de fondos o solicitud.

Yo, _____ (Representante del paciente / Paciente) entiendo que, en el contexto de hacer negocios y brindar servicios generales de atención médica, mi información personal será necesaria y vital y se podrá utilizar de las siguientes maneras:

- Registro de pacientes.
- Obtener registros médicos de médicos anteriores y / o proveedores médicos auxiliares.
- Consulta con otros proveedores médicos, según sea necesario para la atención médica y / o las opciones de tratamiento.
- Verificación de seguros y asuntos de facturación. Incluyendo la interacción con la compañía de facturación, las compañías de seguros y otros asuntos relacionados necesarios y adecuados.
- Búsqueda de facturas médicas impagadas y cobro de facturas médicas impagas.
- Personal de oficina, auxiliares médicos, médicos.
- Servicios médicos de emergencia (bomberos, paramédicos, policías y personal del hospital) en caso de que surja tal necesidad.
- Personal religioso designado
- Completar formularios de discapacidad
- Información computarizada y almacenada electrónicamente (incluidos los proveedores comerciales y el personal de servicio) En el caso de que desee una copia de este Aviso de prácticas de privacidad, puede comunicarse con los especialistas en dermatología avanzada y cáncer de piel de la siguiente manera:

Advanced Dermatology and Skin Cancer Specialists

Corporate Office: Tel: 951.303.6900 Fax: 951.303.2900

31720 S. Temecula Pkwy Suite #203, Temecula CA 92592

He leído el Aviso de prácticas de privacidad y por la presente autorizo la divulgación de esta información necesaria:

Paciente / Representante de Paciente (Firma)

Fecha:

Representante del paciente / paciente (nombre en letra de molde)

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorización de uso o divulgación de información médica protegida

Tal como lo exigen la Ley de responsabilidad y portabilidad de la información de salud de 1996 (HIPPA) y la Ley de California, los especialistas en dermatología avanzada y cáncer de piel no pueden usar ni divulgar su información de salud individual identificable, excepto lo dispuesto en nuestro aviso de prácticas de privacidad sin su autorización. Su cumplimentación de estos formularios significa que

Usted está dando su permiso para usar las divulgaciones que se describen a continuación. Tenga en cuenta que una vez que su información salga de los especialistas avanzados en dermatología y cáncer de piel, ya no podremos proteger esa información y es posible que los destinatarios de su información no estén legalmente obligados a proteger su información.

Por la presente, libero a los especialistas en dermatología avanzada y cáncer de piel de cualquier / toda responsabilidad legal que pueda surgir a partir de la divulgación de esta información a la parte que se enumera a continuación. Además, autorizo a los especialistas en dermatología avanzada y cáncer de piel a obtener o divulgar información médica relacionada con:

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

Información de salud que se divulgará o divulgará

<input type="checkbox"/> Historia / Exámenes Físicos	<input type="checkbox"/> Mensajes telefónicos	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Registros médicos completos	<input type="checkbox"/> Informe de consulta	<input type="checkbox"/> Resultados de rayos x
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Sitio de biopsia / patología quirúrgica	

Entiendo que esta información puede incluir información relacionada con el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o VIH (virus de inmunodeficiencia humana), las enfermedades de transmisión sexual (STD) y el tratamiento para el abuso de alcohol y / o drogas.

Asegúrese de que toda la información del médico o de contacto esté completa. Solicitud con información faltante no será aceptada.

____ Inicial

Información a ser liberada a:

Desde:

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, de acuerdo con Advanced Dermatology and Skin Especialista en cáncer Aviso de prácticas de privacidad. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización caducará un año después de la fecha de esta autorización.

Nombre impreso: _____

Fecha: ____/____/____

Firma: _____

Testigo: _____

Si está firmado por otro que no sea el paciente, indique la relación: _____

Advanced Dermatology & Skin Cancer Specialists
RECONOCIMIENTO DE SEGUROS

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

Tengo Seguro: _____ Con: _____
(Nombre de la compañía de seguros) (Grupo médico)

Entiendo que SI ya no soy elegible para el seguro mencionado anteriormente o si mi seguro ha cambiado o ha sido cancelado, o si tengo otro seguro primario que no he proporcionado, yo o la persona que es financieramente responsable de mí, Asumo total responsabilidad por todos los cargos incurridos por mí.

Si es HMO: Soy consciente de que mi HMO requiere que se me asigne un PCP y que tenga autorización antes de recibir el servicio. Si no estoy asignado a este consultorio/médico, yo o la persona financieramente responsable por mí asumiremos la responsabilidad total de todos los cargos incurridos por mí.

Si es IEHP: ¿Tiene otro seguro? Sí No (¿Su hijo o usted mismo están cubiertos por otro seguro?)

Si MEDICARE:

Medicare DIRECTO: ____ Medicare HMO: ____ GRUPO MÉDICO: ____ Medicare PPO Advantage: ____

(DEBE ESTAR ARCHIVADA UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE ACTUAL)

ACEPTO QUE SI LA INFORMACIÓN ANTERIOR NO ES VERDADERA, YO O LA PERSONA QUE ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE MÍ PAGARÉ TOTALMENTE TODOS DICHOS CARGOS.

Firma paciente / parte responsable: _____

Fecha: ____/____/____