

**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:		
		Fechas: _____		
		Acne/ Accutane		
		Herpes labial		
		Keloids/ Bad cicatrices		
		Cirugía / Hospitalizaciones:		
		Eczema / erupciones en la piel		
		Fechas: _____		
		Dificultad con la curación de heridas		
		Tipo de operación: _____		
		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:
				Cáncer de piel
				Melanoma
				Asma / fiebre del heno
				Eczema/ erupciones en la piel
				Diabetes
				Psoriasis
				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?			¿Estás embarazada?
		¿Te tomas el sol?			¿Estás amamantando?
		¿Utilizas cabinas de bronceado?			¿Tomas el control de la natalidad?
		¿Necesitas 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:	<hr/> <hr/> <hr/>		

## **LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996**

### **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 impagadas.
- 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

Historia / Exámenes Físicos  Mensajes telefónicos  Resultados de laboratorio

Registros médicos completos  Informe de consulta  Resultados de rayos x

Notas de progreso  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 Specialsits**  
**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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_