



**Formulario de registro de paciente**

Complete toda la información solicitada a continuación en letra de imprenta, sin dejar respuestas en blanco. ¡Gracias!

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Seg. nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL:**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR QUE LO DERIVA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Firma (Paciente o Tutor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Formulario de historial médico

Complete toda la información solicitada a continuación en letra de imprenta y marque todas las opciones que correspondan, sin dejar respuestas en blanco. ¡Gracias!

**HISTORIAL MÉDICO: Marque todas las afecciones que actualmente presenta**

<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad en etapa terminal	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación
<input type="checkbox"/> Fibrilación atrial	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Hiperplasia prostática benigna	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Cáncer de seno	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Leucemia	
		<input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón	
		<input type="checkbox"/> Linfoma	

¿Recibió la **vacuna contra la gripe** en esta temporada (desde octubre hasta el 31 de marzo)? **SÍ / NO**    **Altura:** \_\_\_\_\_    **Peso:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: ¿Se ha sometido a alguna de las siguientes cirugías?**

<input type="checkbox"/> Trasplante: Órgano: _____ Año _____	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Reemplazo articular: Articulación _____ Año _____	<input type="checkbox"/> Ninguna

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE LA PIEL: ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?**

<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Piel seca	<input type="checkbox"/> Lunares displásicos/atípicos
<input type="checkbox"/> Queratosis actínica	<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Carcinoma de células basales	<input type="checkbox"/> Escamas o picazón en cuero cabelludo	<input type="checkbox"/> Carcinoma de células escamosas
Año: _____ Ubicación: _____	<input type="checkbox"/> Melanoma	Año: _____ Ubicación: _____
Año: _____ Ubicación: _____	Año: _____ Ubicación: _____	Año: _____ Ubicación: _____
Año: _____ Ubicación: _____	Año: _____ Ubicación: _____	Año: _____ Ubicación: _____

¿Usa protector solar? **SÍ / NO**    **Si respondió sí, ¿con qué factor de protección solar?** \_\_\_\_\_    ¿Ha usado camas solares? **SÍ / NO**  
 ¿Tiene antecedentes **FAMILIARES** de melanoma? **SÍ / NO**    **Si respondió sí, ¿qué pariente tuvo?** \_\_\_\_\_

<b>MEDICAMENTOS: Detalle (o adjunte) todos los que usa</b>	<b>ALERGIAS A MEDICAMENTOS: Detalle todas</b>

**ANTECEDENTES SOCIALES:**

<b>Uso de tabaco (Escoja una opción):</b>	<b>Consumo de alcohol (Escoja una opción):</b>
<input type="checkbox"/> Actualmente fuma a diario	<input type="checkbox"/> Nada
<input type="checkbox"/> Actualmente fuma ocasionalmente	<input type="checkbox"/> 1 o menos por día
<input type="checkbox"/> Ex fumador	<input type="checkbox"/> 1 o 2 por día
<input type="checkbox"/> Nunca fumó	<input type="checkbox"/> 3 o más por día

Firma (Paciente o Tutor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Póliza financiera

¡Gracias por elegir a Vivida Dermatology como su proveedor de atención médica! Nuestra misión es brindar una atención excelente y tratamientos de última generación a todos los pacientes, en todas las citas y todos los días. **Lea este documento en su totalidad, coloque las iniciales de su nombre en cada línea y firme en el espacio de abajo.** Podemos entregarle una copia si la solicita.

**Seguro.** Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si no tiene cobertura de seguro con un plan con el que tenemos contrato, **se espera que pague la tarifa completa en cada visita.** Si no tiene su tarjeta y/o no podemos verificar su elegibilidad y beneficios, **se espera que pague la tarifa completa en cada visita.** Conocer los beneficios que le ofrece su seguro es responsabilidad suya. Comuníquese con su compañía de seguro si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

**Copagos, deducibles y coseguros.** Debe abonar todos los copagos y deducibles en el momento del servicio. Esta disposición forma parte de nuestro contrato con su compañía de seguro y es obligatoria. Si no paga las tarifas estimadas en el momento del servicio, es posible que debamos reprogramar su cita. Hacemos lo posible por cobrar los cargos precisos en el momento en que se prestan los servicios. No obstante, esto es solo una **ESTIMACIÓN** de los beneficios. Los beneficios reales se determinan y basan en los términos y condiciones de su plan o póliza de seguro. Si su seguro adjudica sus reclamaciones de otro modo, nuestra oficina respetará las políticas que establezca su seguro. Ocasionalmente, esto podría resultar en la necesidad de hacer un pago adicional.

**Prueba de cambios del seguro/cobertura.** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al proveedor médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y seguro válido actual como prueba del seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, es posible que sea responsable por el saldo de una reclamación. Como cortesía, verificaremos antes de su cita su elegibilidad y los montos de copago, coseguro y deducibles correspondientes a sus beneficios, por eso es esencial que nos proporcione sus datos actualizados personales y del seguro.

**Pacientes que pagan en efectivo.** Hacemos lo posible por cobrar los cargos precisos en el momento en que se prestan los servicios. No obstante, los totales que se indican al momento en que se retira son una **ESTIMACIÓN** del costo de los servicios prestados en nuestro consultorio, y es posible que los pacientes particulares reciban una factura detallada después de la fecha del servicio. Todos los pagos estimados por los servicios prestados **deben ser abonados en el momento del servicio.** Si no paga las tarifas estimadas en el momento del servicio, su cita será reprogramada.

**Presentación de reclamaciones.** Enviaremos sus reclamaciones como cortesía. Si su reclamación es denegada, le ayudaremos de los modos que sean razonables para cumplir con sus solicitudes a fin de obtener el pago del responsable. Tenga en cuenta que usted es el responsable de pagar el saldo de su reclamación, independientemente de si su compañía de seguro paga o no su reclamación. Los beneficios que le ofrece su seguro son un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato. Tenga en cuenta que es posible que algunos –y tal vez todos– los servicios que recibe no estén cubiertos o no se consideren razonables o médicamente necesarios por parte de Medicare u otras aseguradoras. Deberá pagar la totalidad de estos servicios en el momento de la visita.

**Falta de pago.** Si su cuenta tiene más de 45 días de mora, recibirá una llamada o correo electrónico que le indicará que tiene 14 días para pagar el monto total adeudado en su cuenta. Tenga presente que si queda un saldo impago, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranza. Si su cuenta es asignada a una agencia de cobranza, usted acepta pagar todos los gastos que podamos tener para cobrar el saldo impago.

**Citas perdidas.** Si no se presenta a una cita programada y no cancela o reprograma por lo menos con 24 horas de anticipación, podemos cobrarle una “tarifa por no presentarse” de \$25.00.

**Expedientes médicos/FMLA.** Por todo el papeleo de la Ley de licencias familiares y médicas (FMLA), tenemos una tarifa de \$50.00. No obstante, esto no garantiza que el papeleo de la FMLA le asegure la aprobación del pago de su licencia médica, ya que la mayoría de nuestros servicios no requieren de un período prolongado de ausencia del trabajo. Para todas las solicitudes generales de expedientes médicos, se cobra una tarifa de \$0.60 por página en caso de 5 o más páginas.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con todas las directrices:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma (Paciente o Tutor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Condiciones del servicio

**Coloque las iniciales de su nombre:**

\_\_\_\_\_ Autorizo a Vivida Dermatology a enviar a un laboratorio externo cualquier espécimen extraído durante el curso de mi tratamiento. Los análisis de estos laboratorios son servicios independientes de los realizados en este consultorio y dicho laboratorio los facturará por separado. Vivida Dermatology hará esfuerzos razonables para enviar los especímenes a laboratorios que estén dentro de la red del seguro. No obstante, es mi responsabilidad informar a Vivida Dermatology cuál es el laboratorio que tiene un contrato con mi seguro. Comprendo que Vivida Dermatology (por los servicios de extracción de cualquier espécimen) y el laboratorio (por el análisis de dicho espécimen) me facturarán por separado.

\_\_\_\_\_ Autorizo a Vivida Dermatology a recibir y enviar por correo postal, electrónico o fax mis expedientes a otros médicos o instalaciones médicas en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_ Presentaré mi(s) tarjeta(s) de seguro más actualizadas y una identificación con fotografía cuando me presente para una cita.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Vivida Dermatology sobre cualquier cambio en mi información incluyendo, entre otras cosas: dirección de correo postal, número(s) de teléfono, pólizas de seguro u otra información que Vivida Dermatology necesite para comunicarse conmigo, cobrar pagos o de otro modo llevar adelante mi tratamiento.

\_\_\_\_\_ Autorizo a Vivida Dermatology a acceder a mi historial y expedientes farmacéuticos.

\_\_\_\_\_ Reconozco que es mi responsabilidad comprender mi póliza de seguros y mis beneficios. Soy responsable de garantizar que el proveedor que me proporciona servicios tenga un contrato con mi seguro (esté dentro de la red). Es mi responsabilidad obtener una derivación, certificación o autorización previas, si así lo exige mi seguro. La falta de conocimiento de los requisitos de mi póliza, beneficios, red o seguro, no me liberará de mis responsabilidades financieras con respecto a Vivida Dermatology. Vivida Dermatology hará los esfuerzos necesarios para entender y explicarme los beneficios, confirmar que el proveedor tenga un contrato con mi seguro, obtener las derivaciones o certificación o autorización previas necesarias, y cumplir con todos los requisitos del seguro para el servicio. No obstante, reconozco que es mi responsabilidad asegurarme de que se cumpla con todo correctamente y no responsabilizaré a Vivida Dermatology por cualquier falla de mi parte.

\_\_\_\_\_ Autorizo a Vivida Dermatology, y a sus agentes, a comunicarse conmigo por cualquier medio que yo les proporcione en mi información de contacto, incluyendo: llamadas (a teléfono fijo y celular), correos o mensajes de voz, mensajes de texto, correo postal y electrónico. Entiendo que si no quiero que Vivida Dermatology o sus agentes se comuniquen conmigo por algún método, no debo proporcionar los datos correspondientes, ya sea de números de teléfono/celular, dirección de correo postal o electrónico. Si proporciono cualquier información de contacto, entonces doy mi consentimiento para que Vivida Dermatology, y sus agentes, se comuniquen conmigo por estos métodos.

He leído y entiendo las condiciones del servicio y acepto cumplir con todas las directrices:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma (Paciente o Tutor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Si esto no corresponde a su caso, omítalo.

### Tratamiento de menores de 18 años

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estimados padres/tutores: este formulario fue preparado para su conveniencia, si en algún momento no pueden acompañar a su hijo menor a su cita médica.

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ a acompañar a mi hijo(a) menor cuando se presenten al consultorio para su cita médica.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del padre/madre

Fecha

### Medidas de calidad (mayores de 65 años)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Estado de vacunación

¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía? Sí / No

#### Planificación anticipada de atención médica

¿Tiene un apoderado de atención médica en caso de que no pueda tomar decisiones sobre su salud?

Sí / No

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Número de teléfono del representante \_\_\_\_\_

¿Tiene un testamento en vida? Sí / No

Coloque las iniciales de su nombre junto a una de las declaraciones que mejor refleje sus deseos sobre la planificación anticipada de atención médica:

\_\_\_\_\_ No intubar: No deseo que me coloquen un respirador, incluso si es necesario para salvar mi vida.

\_\_\_\_\_ No resucitar: Si mi corazón se detiene, no deseo que me hagan compresiones torácicas o que usen un desfibrilador externo automático para reiniciar mi corazón, incluso si es necesario para salvar mi vida.

\_\_\_\_\_ Resucitación cardiopulmonar (CPR) completa: Quiero que usen todos los medios disponibles de resucitación cardiopulmonar.

## AVISO de HIPAA SOBRE PRÁCTICAS de PRIVACIDAD

En Vivida Dermatology, estamos comprometidos a tratar y usar su información de salud protegida de manera responsable. Este aviso de Prácticas de información de salud describe la información personal que recopilamos, y cómo y cuándo utilizamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información de salud protegida. Este aviso está en vigencia, y se aplica a toda la información de salud protegida según la definición de las normativas federales.

### **Comprensión de su información de salud y expediente médico**

Cada vez que visita Vivida Dermatology, su visita se registra. Normalmente, en este expediente se describen sus síntomas, exámenes y los resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y un plan sobre la atención o tratamientos médicos futuros. Esta información, a veces conocida como su registro de salud o médico, sirve como:

- Base para la planificación de su atención o tratamientos médicos,
- Medio de comunicación entre los distintos profesionales de salud que contribuyen a su atención médica,
- Documento legal que describe la atención que recibió,
- Medio por el cual usted o un tercero responsable del pago pueda verificar que usted haya recibido los servicios que fueron facturados,
- Una herramienta de instrucción de los profesionales de salud,
- Una fuente de datos para la investigación médica,
- Una fuente de información para los oficiales de salud pública encargados de la mejora de la salud del estado y la nación,
- Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing,
- Una herramienta con la cual podemos evaluar y trabajar de manera continua para mejorar la atención que ofrecemos y los resultados que logramos.

Comprender qué forma parte de su expediente y cómo se utiliza su información de salud le ayudará a: garantizar su exactitud, a comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden acceder a su información de la salud, y a tomar decisiones mejor informadas acerca de cuándo autorizar la divulgación a otros.

### **Sus derechos con la información de salud**

Aunque Vivida Dermatology normalmente tiene posesión física de su expediente médico, esa información le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Obtener, a pedido, una copia impresa de este aviso de prácticas de información.
- Inspeccionar y copiar su expediente médico.
- Enmendar su expediente médico.
- Obtener una descripción de las divulgaciones de su información de salud.
- Solicitar que su información de salud se comunique mediante medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información.
- Revocar la autorización para usar o divulgar su información de salud, excepto en la medida que esa medida ya se haya tomado.

### **Nuestras responsabilidades**

Vivida Dermatology tiene la obligación de:

- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Acatar las condiciones de este aviso.
- Notificarlo(a) si no podemos acordar una restricción solicitada.
- Adaptarnos a las solicitudes razonables que pueda tener para que comuniquemos su información de salud mediante medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de incorporar nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si cambian nuestras prácticas de información, le enviaremos un aviso por correo postal a la dirección que nos proporcionó.

No utilizaremos o divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto según se describe en este aviso. Dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud si recibimos una revocación por escrito de su autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

### **Para más información o para informar un problema**

Si tiene alguna pregunta y desea obtener más información, puede comunicarse con el Oficial de privacidad (Privacy Officer), **Michael Borenstein**, al 702-255-6647. Si cree que se infringieron sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. No tomaremos represalias si presenta una reclamación ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles. La dirección de la Oficina de Derechos Civiles es: *Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave. S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201.*

### **Reconocimiento de recepción del Aviso de Privacidad**

**Por el presente reconozco que hay una copia del "Aviso de Prácticas de Seguridad" disponible para mi revisión, y que puedo obtener una copia a pedido.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Solicito que permitan que las siguientes personas tengan acceso a mi Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI), incluidos mis expedientes de facturación y médicos (*encierra en un círculo todas las que correspondan*):

Cónyuge    Hijo(a)    Padre/Madre    Tutor    Otro

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_



6460 Medical Center St., Suite 200 & 350  
Las Vegas, NV 89148  
Tel.: (702) 255-6647 Fax: (702) 933-1444

### ***Autorización para divulgar información de salud protegida***

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fechas de tratamiento (si corresponden): \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Comprendo que esta información entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma. No obstante, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de un aviso verbal o por escrito a Vivida Dermatology. Comprendo que una vez que se hayan divulgado mis expedientes médicos, Vivida Dermatology no podrá recuperarlos y ya no tendrá control sobre el uso de las copias previamente divulgadas.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Por el presente, autorizo a Vivida Dermatology a **RECIBIR** copias de mis expedientes médicos por parte de:

- Personal     Médico de cabecera     Representante legal     Otro

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Por el presente, autorizo a Vivida Dermatology a **DIVULGAR** copias de mis registros médicos a:

- Informes de patología     Notas sobre progreso     Informes de operaciones     Fotografías     Expediente médico completo

Otros \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_