VIVIDA
DERMATOLOGY

Formulario de registro de pacientes

Por favor complete toda la información a continuación en la impresión, por favor no deje ninguna pregunta en blanco. ¡Gracias!

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:_____Género:_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ SSN: _____

Correo electrónico: _____ Está bien dejar un mensaje detallado: Sí_____ No:___Estado civil: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono móvil: _____

INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO:

Nombre: _____ Número de póliza: _____

Titular de la póliza: _____ Relación_____ Fecha de Nacimiento: _____

INFORMACION DE SEGURO SEGUNDO:

Nombre: _____ Número de póliza: _____

Titular de la póliza: _____ Relación_____ Fecha de Nacimiento: _____

FARMACIA OFRECIDA:

Nombre_____Dirección:_____ Teléfono:_____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA/DE REFERENCIA:

Nombre_____Dirección:_____ Teléfono:_____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE TODOS LOS PACIENTES:

Por la presente, otorgo autorización y consentimiento para el tratamiento médico y / o procedimientos para mí o el paciente para quien soy el padre o el representante legalmente autorizado para el cual estoy firmando y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía o aseguramiento en cuanto a los resultados para los cuales se puede obtener. Acepto permitir que mi proveedor acceda a todo mi historial de medicamentos, incluidos los medicamentos recetados por otros proveedores.

Iniciales del paciente: _____

Firmar (Paciente o Guardián): _____ **Fecha:** _____

VIVIDA DERMATOLOGY

Formulario de historia clínica

Por favor complete toda la información a continuación en la impresión y marque todo lo que se aplica, por favor no deje ninguna pregunta en blanco. ¡Gracias!

HISTORIA MEDICA: *Compruebe cualquiera de las siguientes opciones que actualmente tiene*

- ☐ Ansiedad
- ☐ Asma
- ☐ Fibrilación auricular
- ☐ médula ósea Trasplante
- ☐ BPH
- ☐ Cáncer de mama
- ☐ COPD
- ☐ Arteria coronaria Enfermedad
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes
- ☐ Renal en etapa terminal Enfermedad
- ☐ Pérdida auditiva
- ☐ Hepatitis
- ☐ Hipertensión
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Leucemia
- ☐ Linfoma
- ☐ Cáncer de próstata
- ☐ RadiaciónTratamiento
- ☐ Asimiento
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro

¿Has tenido una vacuna contra la gripe esta temporada (octubre – 31 destmarzo)? **SÍ / NO** Altura: _____Peso: _____

HISTORIA SURGICAL PASADA: *¿Ha tenido alguna de las siguientes cirugías?*

- ☐ Trasplante de órganos: organo: _____ Año_____
- ☐ Reemplazo conjunto: Junta _____ Año_____
- ☐ Otro_____
- ☐ Ninguno

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE LA PIEL *¿Has tenido alguno de los siguientes?*

- ☐ Acné
- ☐ Queratosis actínica (precanceroso)
- ☐ Carcinoma basocelular
  Año: _____ Ubicación: _____
  Año: _____ Ubicación: _____
  Año: _____ Ubicación: _____
- ☐ Piel seca
- ☐ Eczema
- ☐ Descamación o picazón del cuero
- ☐ Melanoma
  Año: _____ Ubicación: _____
  Año: _____ Ubicación: _____
- ☐ Lunares atípicos/displásicos
- ☐ Soriasis
- ☐ Carcinoma de células escamosas
  Año: _____ Ubicación: _____
  Año: _____ Ubicación: _____
  Año: _____ Ubicación: _____

¿Usas protector solar? SÍ / NO **En casoafirmativo**, ¿qué SPF?_____ ¿Te has bronceado en un salón? SÍ / NO

¿Tienes una historia FAMILIAR de Melanoma? SÍ / NO **En caso afirmativo**,¿qué pariente? _____

MEDICAMENTOS*: *por favor enumere todos (o adjunte)

_____
_____
_____
_____
_____

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS: por favor enumere todos los

_____
_____
_____
_____
_____

HISTORIA SOCIAL:

Estado de fumar (*Porfavor, elijauno):*

- ☐ Fumador actual, todos los días
- ☐ Fumador actual y ocasional
- ☐ Ex fumador
- ☐ Nunca fumé

Consumo de alcohol *(porfavor elija uno):*

- ☐ Ninguno
- ☐ 1 o menos por día
- ☐ 1-2 por día
- ☐ 3 o más por día

Firmar (Paciente o Guardián) _____ **Fecha:** _____

VIVIDA
DERMATOLOGY

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a **VIVIDA DERMATOLOGY**, a divulgar mi información de atención médica y a discutir mis necesidades de atención médica a aquellos que designe. Además, autorizo la divulgación de mi información de facturación y les doy a estas personas la capacidad de recoger recetas y / o medicamentos en mi nombre. Se requiere una identificación con foto para la recogida de recetas. Sin autorización, no se puede compartir ninguna información. Autorizo a **VIVIDA DERMATOLOGY** a divulgar mi información de salud protegida a las siguientes personas.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Recibí una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de **VIVDA DERMATOLOGY** hoy y estoy de acuerdo con estas políticas de privacidad.

_____

Iniciales del paciente

Decliné una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" **de VIVDA DERMATOLOGY** hoy y estoy de acuerdo con estas políticas de privacidad.

_____

Iniciales del paciente

RESPONSABILIDAD FINANCIERA/ TÉRMINOS DE SERVICIO

Por la presente, autorizo a las oficinas de **VIVIDA DERMATOLOGY** a divulgar cualquier información médica requerida durante el examen y el tratamiento a mi compañía de seguros, y permito el pago a **VIVIDA DERMATOLOGY** de mi seguro por cualquier beneficio debido por sus servicios prestados. Presentamos todas las reclamaciones de seguros como cortesía. Si su reclamo es denegado, el reclamo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. Autorizo a Vivida dermatología a enviar cualquier muestra hacia y fuera del laboratorio. Vivida Dermatología hará todo lo posible para enviar muestras a los laboratorios dentro de la red de seguros.

Reconozco y acepto la responsabilidad por los servicios prestados independientemente de la cobertura del seguro. Esto incluye, entre otros, el coseguro, el copago, el deducible y los servicios no cubiertos. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Vivida Dermatología de cualquier cambio de seguro, dirección postal, número(s) de teléfono.

Entiendo que es mi responsabilidad entender los beneficios de mi seguro. Soy responsable de obtener cualquier referencia requerida por mi seguro.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos acurridos independientemente del estado del seguro. Sin embargo, los totales proporcionados al momento del check-out son solo una **ESTIMACIÓN.** Acepto pagar mi factura en su totalidad por los servicios prestados por **VIVIDA DERMATOLOGY.**

IMPAGO A CUENTA

Las cuentas que tienen más de 45 días de atraso recibirán una llamada o correo electrónico indicando que tiene 14 días para pagar su cuenta en su totalidad. Tenga en cuenta que, si un saldo permanece sin pagar, podemos referir su cuenta a una agencia de cobro. Si su cuenta está asignada a una agencia de cobranza, usted acepta pagar todos los gastos en los que podamos incurrir para cobrar el saldo moroso.

Para la solicitud general **de registros médicos**, hay una tarifa de $ .60 por página que se cobrará en 5 o más páginas. Para todo el papeleo **de FMLA,** hay una tarifa de $ 50. Sin embargo, esto no garantiza que el papeleo de la FMLA asegure que su tiempo libre será aprobado. Si no se presenta a su cita o cancela dentro de las 24 horas de su cita, se le cobrará una "tarifa de no presentación" de $ 25.00 para dermatología general y para todas las citas de cirugía o procedimiento hay una "tarifa de no presentación" de $ 50.00.

_____

Iniciales del paciente

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus pautas

_____

Firmar (Paciente o Guardián)