

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Farmacia de preferencia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

¿Tiene un apoderado para atención de salud? Sí No Si responde "Sí", indique nombre y teléfono: _____

¿Tiene un testamento vital? Sí No

Motivo principal de consulta

¿Cuál es el motivo de su consulta el día de hoy? _____

¿Cuáles son sus síntomas? _____

¿Qué zonas están afectadas? _____

¿Cuánto tiempo lleva con este problema? _____

¿Qué ha usado para tratar el problema? _____

Información Médica

Seleccione entre las siguientes afecciones médicas, aquellas que presenta actualmente Q () Ninguna corresponde a mi situación

<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> EPOC(Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	<input type="checkbox"/> Hipertensión(Presión arterial elevada)	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial coronaria	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Fibrilación atrial (arritmia cardíaca)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral
<input type="checkbox"/> Transplante de médula ósea	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> HPB (Hiperplasia prostática benigna)	<input type="checkbox"/> ERGE(Enfermedad del reflujo gastroesofágico)	<input type="checkbox"/> Leucemia	
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón	
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Hepatitis, Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Linfoma	

¿Cuándo recibió su última vacuna antigripal? _____ ¿Recibió la vacuna contra la neumonía? Sí NO

Antecedentes quirúrgicos

Enumere todas las cirugías anteriores que haya tenido Q () No corresponde a mi situación

Antecedentes dermatológicos

¿Ha tenido alguna de las siguientes afecciones de la piel? Q () Ninguna corresponde a mi situación

<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Piel seca	<input type="checkbox"/> Erupción por hiedra venenosa
<input type="checkbox"/> Queratosis actínica	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Lunares precancerosos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Descamación o picazón en cuero cabelludo	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Quemaduras de sol con ampollas	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno/alergias	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Antecedentes personales de cáncer de piel	Antecedentes personales de exposición solar	Antecedentes familiares de cáncer de piel
() Carcinoma de células basales	¿Usa protector solar a diario? () Sí () No	() Carcinoma de células basales
() Carcinoma de células escamosas	Si responde "Sí", ¿qué FPS usa? _____	() Carcinoma de células escamosas
() Melanoma	¿Se broncea en un salón de bronceado? () Sí () No	() Melanoma
() Sin certeza	¿Quemaduras de sol con ampollas múltiples de niño? () Sí () No	() Cáncer de piel, sin certeza de qué tipo
() Sin antecedentes de cáncer de piel	¿Antecedentes de lunares atípicos? () Sí () No	Si responde "Sí", ¿qué familiar? _____
		() Sin antecedentes familiares de cáncer de piel

Antecedentes farmacológicos

Enumere todos los medicamentos y vitaminas que consume actualmente:

Enumerar todos los medicamentos de prescripción y no prescripción que le han causado alguna alergia:

Antecedentes sociales

- () Nunca fumé () Fumador actual () Dejó de fumar, ex-fumador
 () Nunca bebí alcohol () Bebo socialmente (<1 diario) () Bebo a diario (1+ diario)

En el último año, ¿cuántas veces bebió cinco o más tragos al día? _____

Revisión de sistemas y alertas

Marque **SÍ** o **NO** en el casillero que corresponda para todos los síntomas que **PRESENTA ACTUALMENTE**.

Hematológicos/Linfáticos	<input type="checkbox"/> No a todo	Endócrinos	<input type="checkbox"/> No a todo	Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> No a todo
Hemorragias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ardor estomacal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Glándulas con dolor a la palpación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ojos	<input type="checkbox"/> No a todo	Constipación en aumento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Anemia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Diarrea persistente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Transfusión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dolor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sangre en heces, heces muy oscuras	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tegumentarios - Piel	<input type="checkbox"/> No a todo	Visión doble	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Opresión o dolor abdominal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Problemas de cicatrización	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Visión borrosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ictericia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Problemas con cicatrices	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Hematomas con facilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Oídos/nariz/boca/garganta	<input type="checkbox"/> No a todo	Genitourinarios	<input type="checkbox"/> No a todo
Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dolor/ardor al orinar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sarpullido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Secreción nasal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sangre en orina/orina turbia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ampollas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Llagas bucales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Orina opaca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Prurito	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sequedad bucal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Flujo del pene/vagina	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sensibilidad al sol	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dolor de garganta frecuente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Despertarse a la noche para orinar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tirantez	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dificultad al tragar	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sequedad vaginal	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Nódulos/bultos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Ronquera	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sarpullido/úlceras en la zona genital	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Cambios de coloración en manos/pies	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				

Alérgicos/inmunológicos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cardiovasculares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Musculo esqueléticos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Estornudos frecuentes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dolor torácico de aparición súbita	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Rigidez matutina	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Susceptibilidad a infecciones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cambios repentinos del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dolor articular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fiebre del heno (rinitis)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Piernas o pies hinchados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Dolor muscular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
				Inflamación articular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Complexión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Respiratorios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Neurológicos/Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fiebre, escalofríos o temblores	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Tos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cefalea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Falta de aire(Disnea)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mareos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Aumento involuntario de peso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Respiración sibilante	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Desvanecimiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Pérdida involuntaria de peso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			Ansiedad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
				Depresión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
				Agitación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

ALERTAS		ALERTAS		ALERTAS	
Alergia a adhesivos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Marcapasos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alergia a lidocaína	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Articulaciones artificiales dentro de los 2 años	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	SARS/estafilococos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alergia a antibióticos tópicos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Pre medicación anterior a procedimientos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Historia de Coágulos Sanguíneos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Desfibrilador	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Taquicardia con epinefrina	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Información de embarazo y partos (solamente para mujeres)			
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene planes de quedar embarazada pronto?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Usa algún método anticonceptivo? Si responde "Sí", indique cuál: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Complete todos los campos

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado civil: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Calle/Apto./Casilla Postal

*Tel. de preferencia: () Particular: _____ () Celular: _____ () Laboral: _____

Correo electrónico: _____ Sexo: F M SSN: _____ Idioma de preferencia: _____

Raza: () Blanco () Negro/Afroamericano () Asiático () Indio Americano o Nativo de Alaska () Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
 () Otro: _____

Etnia: () Hispano () No hispano/No latino () Otro/Indeterminado

Derivado por: () *Médico () Paciente a paciente () Familiar () Seguro () Internet () Otro: _____

*Si fue derivado por un médico, indique el nombre: _____ Tel: _____
Nombre Apellido

¿Quién es su Médico de Atención Primaria? _____ Tel. _____
Nombre Apellido

*Su consulta del día de hoy puede incluir pruebas de laboratorio, cultivos y/o biopsias de piel. Por lo general recibimos los resultados de los análisis y cultivos dentro de los 3-5 días hábiles y las biopsias de piel dentro de los 7-10 días hábiles. Lo llamaremos cuando estén los resultados y se le indicará cualquier información adicional prescripta por su médico. Para los resultados **BENIGNOS/NEGATIVOS** en los análisis enumerados más arriba:*

() **SÍ**, pueden dejarme un mensaje detallado informándome los resultados en el siguiente teléfono _____

() **NO**, no me dejen ningún mensaje detallado. Por favor indicar información para devolver la llamada en mi correo de voz.

Empleador: _____ Ocupación: _____

Contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Vínculo con el paciente: _____

Tel. Particular: _____ Celular: _____ Laboral: _____

Persona responsable del pago o suscriptor de la aseguranza (si fuera otra persona):

Nombre: _____ Vínculo con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Calle/Apto./Casilla Postal

Tel. particular: _____ Celular: _____ Laboral: _____

Correo electrónico: _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aseguradora primaria: _____ Teléfono: _____ Póliza N.º _____ Grupo N.º _____

Aseguradora secundaria: _____ Teléfono: _____ Póliza N.º _____ Grupo N.º _____

Reconocimiento de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Por el presente reconozco haber recibido un ejemplar del Aviso de Prácticas de Privacidad de North Dallas Dermatology Associates . He tenido la oportunidad de revisar, comprender y prestar mi consentimiento a este Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio tal como aparece escrito. El Aviso de Prácticas de Privacidad brinda información detallada referida al modo en que el consultorio puede usar y divulgar mi información confidencial.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o representante legal (si corresponde)

Vínculo con el paciente (Si corresponde)

- Padre o tutor del menor no emancipado
 Tutor designado por el tribunal
 Ejecutor testamentario o albacea del fallecido
 Poder notarial

Autorización para uso y divulgación verbal de la Información de Salud Protegida

****Este documento no es una exención de responsabilidad para el Médico. Existe un formulario diferente para tal pedido****

Por el presente autorizo a North Dallas Dermatology Associates a usar y/o divulgar mi información de salud protegida según se describe a continuación:

Nombre y vínculo con los destinatarios (solamente familiares y amigos, NO médicos):

1. _____ Vínculo: _____
2. _____ Vínculo: _____
3. _____ Vínculo: _____

- () Toda la Información Médica, que incluye, sin limitación: consultas, facturación, resultado de pruebas, diagnóstico y procedimientos.
() Solamente el siguiente tipo de información:

() NO divulgar ninguna información registrada, excepto al paciente.

VÁLIDO POR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Consentimiento para tratamiento de hijo menor de edad

Podrá desestimar este aviso si no corresponde al paciente

Yo, padre o tutor de _____ en mi ausencia solicito y autorizo por el presente a North Dallas Dermatology Associates permiso para administrar los cuidados necesarios. Autorizo a las siguientes personas a autorizar los tratamientos médicos para mi hijo a realizar por North Dallas Dermatology Associates.

Comprendo que soy responsable por los servicios prestados para el tratamiento y por los pagos autorizados por mis representantes legales.

Si elijo terminar la autorización de este formulario, comprendo que debo hacerlo por escrito. **VÁLIDO POR UN AÑO A PARTIRE DE LA FECHA DE LA FIRMA.**

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

Vínculo con el paciente

(No incluye padre/tutor legal)

1. _____

2. _____

3. _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma: _____

Vínculo con el menor: _____

Fecha: _____

Política Financiera

Gracias por elegir nuestro consultorio para atender sus necesidades dermatológicas. Nuestro objetivo es brindarle tratamientos y servicios de la mejor calidad. Su comprensión cabal de las responsabilidades financieras que le corresponden es un elemento esencial de su atención. Si tiene dudas con respecto a la siguiente política, no dude en consultar con nuestro personal.

A partir del 1 de enero de 2016, todos los copagos, deducibles y coaseguros son exigibles al momento de la prestación de los servicios. **Tenga en cuenta que cobraremos un pago estimado en relación con algunos de estos procedimientos al momento del alta (consulte a la Lista de Precios de Procedimientos* a continuación para más detalles).** Si después de presentar una reclamación dentro de la red, incluida la aseguradora secundaria, usted ya alcanzó su deducible en otro lado, y si su aseguradora paga una parte proporcional o todos los cargos, su pago le será reembolsado una vez que hayamos recibido el pago por parte de la aseguradora.

En el caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", o si no tenemos la autorización debidamente registrada antes de la consulta correspondiente, o si usted no nos informa de un cambio de aseguradora, será responsable del cargo completo correspondiente a todos los servicios prestados. Recomendamos a nuestros pacientes leer detenidamente sus pólizas de seguro y contactar a la aseguradora para aclarar las dudas referidas a los beneficios antes de la prestación de los servicios.

Usted podrá recibir una factura separada correspondiente a servicios de laboratorio o patología de un laboratorio externo por las pruebas que su médico pueda ordenar. Tenga a bien analizar los posibles errores de facturación o discrepancias con ese laboratorio.

No tenga en cuenta este aviso si es beneficiario de Medicare o un paciente particular.

Lista de precios de procedimientos	
Biopsia de una lesión en la piel	\$125 por la primera
Cada biopsia adicional	\$40 cada biopsia adicional
*Destrucción de queratosis actínica/lesiones precancerosas	\$75 - \$175
*Destrucción de una verruga, molusco u otra lesión benigna	\$102 - \$125
*Extirpación de una lesión en la piel	\$90 - \$385
*Reparación quirúrgica de las lesiones mencionadas más arriba	\$185 - \$425
<i>*Los precios varían según el tamaño y la cantidad de lesiones</i>	

Otros cargos	
Cancelación, consultas a las que no asistió o llegó tarde	Si no recibimos aviso 24 horas antes se aplicará un cargo de \$30.00 por cancelación/ no presentación. Los pacientes con múltiples cancelaciones o faltas podrán dejar de ser atendidos. En caso de que usted esté retrasado sírvase llamar al consultorio para avisar. Si llega más de 15 minutos tarde, le reprogramaremos el turno.
Skin Health SPA *	*Nota: Nuestra política de cancelaciones difiere de la política administrativa general. Dado los horarios extendidos de los turnos, nuestros cargos se basan en el tiempo asignado a su tratamiento específico. Pida más detalles a nuestros consultores de tratamientos estéticos.
Cargo por cheques rechazados	Se cobrará un cargo de \$30.00 por todos los cheques rechazados.
Gastos por cobro de deudas	Si su cuenta es derivada a una agencia de cobro de deudas, usted será responsable del pago de honorarios de la agencia además del pago de su saldo pendiente.

Aviso a padres con hijos menores de 18 años (cuando corresponda):

En casos de divorcio o separación, el padre que autorice el tratamiento de un menor será el responsable por todos los cargos. Si una sentencia de divorcio exige al otro padre pagar los gastos, total o parcialmente, será responsabilidad del padre autorizante recaudar el dinero correspondiente del otro padre.

Se acepta dinero en efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover, American Express y Care Credit.

He leído y comprendo la política financiera, y acepto adherir a todos sus términos. Comprendo y acepto que tales términos pueden ser modificados en el futuro por el consultorio.

Nombre del paciente (en imprenta)

Fecha

Firma del paciente o parte responsable

Fecha de nacimiento

****Opcional****

Tarjeta de Crédito registrada

Para su conveniencia y como opción, le solicitamos que deje una tarjeta de crédito registrada, la que podrá ser usada para deducir el saldo pendiente después de los pagos del seguro. Tenga a bien completar y firmar lo siguiente:

Autorización de tarjeta de crédito

_____ Autorizo a North Dallas Dermatology Associates a facturar a mi aseguradora por los servicios prestados el día de
Iniciales hoy. Una vez recibido el pago de mi aseguradora, autorizo a North Dallas Dermatology Associates a imputar los
cargos a la tarjeta de crédito indicada más abajo, por los montos del saldo pendiente que estén impagos.

_____ Comprendo que los procedimientos cosméticos no son facturables a mi seguro. En caso de que exista un saldo
Iniciales pendiente correspondiente a servicios cosméticos, autorizo a North Dallas Dermatology Associates a imputarlo a la
tarjeta de crédito enunciada más abajo, por los montos del saldo pendiente que estén impagos.

_____ Se me enviará un correo electrónico para notificarme los cargos adicionales imputados a mi tarjeta de crédito.
Iniciales

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Dirección de facturación de tarjeta de crédito:

Dirección - Línea 1

Dirección - Línea 2

Ciudad, estado, código postal

Dirección de correo electrónico de titular de la tarjeta

Número de teléfono de preferencia

Nombre como aparece en la tarjeta

Últimos 4 números de la tarjeta

Fecha de vencimiento de la tarjeta

Firma del titular de tarjeta de crédito autorizante

Fecha



SOLO USO ADMINISTRATIVO:

Employee Initials: _____

Date saved/Sent to PAS: _____