INTEGRATED
DERMATOLOGY
OF NORTH RALEIGH

Willis Martin, M.D. • Angela Macri, D.O.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha: _____

Nombre: _____ Años: _____ Fecha de nacimiento: _____

Referido por: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Motivo principal de su visita: _____

Duración del problema: _____

Tratamiento: _____

Factores agravantes: _____

Medicamentos actuales (por favor incluya medicamentos de venta libre, hierbas, vitaminas y suplementos): _____

Alergias a la medicación: Ninguno _____

Otras alergias: Ninguno Látex Vendajes / Adhesivos

Antibióticos Tópicos (Neosporin or otro) _____

¿Alguna vez ha tenido una mala reacción a la anestesia local? No Si Nunca tuve anestesia

SOLO PARA MUJERES:

¿Está actualmente embarazada, tratando de quedar embarazada o está amamantando? _____

¿Está tomando un anticonceptivo y, de ser así, de qué forma? _____

CONDICIONES DE LA PIEL:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel? No Si

En caso afirmativo, Cáncer basocelular Cáncer de células escamosas Melanoma

¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Tratamiento? _____

¿Alguien en su familia ha tenido cáncer de piel? No Si

En caso afirmativo, Cáncer basocelular Cáncer de células escamosas

Melanoma ¿Quién? _____

INTEGRATED
DERMATOLOGY
OF NORTH RALEIGH

Willis Martin, M.D. • Angela Macri, D.O.

¿Tienes antecedentes de problemas o enfermedades de la piel? No SI

En caso afirmativo, Psoriasis Eczema Queloides Otro _____

EXPOSICIÓN SOLAR:

Cuando estás expuesto al sol:

- siempre arde rara vez se quema, siempre se broncea bien
 generalmente arde, broncea mínimamente rara vez se quema, se broncea fácilmente
 quemadura leve, broncearse uniformemente nunca arde, broncearse fácilmente

¿Dónde creciste? _____

Usted tuvo: quemaduras de sol todos los veranos en la infancia
 Consigue al menos una quemadura de sol abrasadora, cuántos _____
 alguna vez usó una cama de bronceado, cuánto / con qué frecuencia _____

Usted: Use protector solar regularmente, SPF _____

CIRUGIAS PASADAS (Tipo y fecha): _____

HISTORIA MÉDICA PASADA Y REVISIÓN DE SISTEMAS:

Alérgico/Inmunológico: Normal Alergias estacionales Inmunosupresión Problema autoinmune

Constitutional: Normal Pérdida / ganancia de peso Fiebre / sudores nocturnos Desmayo

Cáncer: Tipo _____ Cardiovascular: Normal Válvula

Artificial del Corazón Pacemaker

Desfibrilador implantado Latido del corazón irregular

Dolor en el pecho / ataque al corazón Prolapso de la válvula mitral

Otro _____

Orejas/Ojos /Nariz: Normal Glaucoma Lentes /Contactos Otro _____

Endocrina: Normal Diabetes Enfermedad de tiroides Otro _____

Gastrointestinal: Normal Reflujo Problema del hígado Náusea Diarrea

Otro _____

Genitourinario: Normal Próstata agrandada Cáncer de próstata

INTEGRATED
DERMATOLOGY
OF NORTH RALEIGH

Willis Martin, M.D. • Angela Macri, D.O.

Hematológico: Normal Anemia Problemas de sangrado Otro _____

Infecciones: Normal VIH Hepatitis Tuberculosis/+PPD Prueba de la piel
 Other _____

Musculoesquelético: Normal Arthritis Articulación Artificial Otro _____

Neurológico: Normal Carrera Convulsiones/Epilepsia Esclerosis múltiple
 Otro _____

Respiratorio: Normal Asma Enfisema Otro _____

Psychiatric: Normal Depresión Ansiedad Otro _____

Otros: Problemas de riñon Herpes labial Venas varicosas
 Requerir antibióticos antes de la odontología

Cualquier otro problema médico: _____

HISTORIA FAMILIAR: Eczema Psoriasis Otro _____

HISTORIA COSMÉTICA: BOTOX Rellenos Inyectables Tratamientos con laser

HISTORIA SOCIAL:

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viuda/Viudo

Ocupación: _____

Fuma: No Fumó en el Pasado Sí, paquetes /día _____

Alcohol: No Sí, cuánto /a menudo _____

Al firmar, reconozco que he revelado toda mi información de salud que conozco en este momento, y toda mi otra información personal es precisa. Entiendo que es mi obligación y responsabilidad notificar a Integrated Dermatology of North Raleigh cualquier cambio en mi información médica durante el curso de mi tratamiento médico.

FIRMA _____ Fecha _____

INTEGRATED DERMATOLOGY OF NORTH RALEIGH

Willis Martin, M.D. • Angela Macri, D.O.

HIPPA Formulario de consentimiento del paciente

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada contactando nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se usa o divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. Esta práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede divulgarse o utilizarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- La práctica tiene un Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar Esta noticia
- La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad
- El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento

Este consentimiento fue firmado por: _____

Nombre del paciente - Representante del paciente

_____/_____/_____
Firma Fecha

Relación con el paciente
(si no es paciente)

Testigo:

Nombre del paciente - Representante de práctica

_____/_____/_____
Firma Fecha

INTEGRATED DERMATOLOGY OF NORTH RALEIGH

Willis Martin, M.D. • Angela Macri, D.O.

Formulario de responsabilidad financiera del paciente

Debido a los muchos cambios en las pólizas de seguro, ya no es una tarea fácil interpretar cada póliza individual. Aunque intentamos estar atentos a estos cambios, no siempre es posible. Por lo tanto, le recomendamos, como paciente, que consulte con su compañía de seguros con respecto a su cobertura. Es su responsabilidad conocer su cobertura individual. El incumplimiento podría resultar en que usted, el paciente, sea responsable de todos los costos incurridos. Recuerde, su póliza de seguro es entre usted y su compañía de seguros, no entre su médico y su compañía de seguros.

Para ayudarlo a averiguar qué cobertura tiene, no dude en solicitar ayuda para encontrar números de teléfono o direcciones de su compañía de seguros. Muchas compañías de seguros de hoy necesitan formularios de referencia de un médico o grupo de atención primaria. Si su seguro cumple con este requisito, será su responsabilidad proporcionar esta referencia al momento del servicio. De lo contrario, es posible que deba reprogramar su cita y / o aceptar la plena responsabilidad del pago. Algunos seguros indican que no puede salir de la red. Muchas compañías han instituido un programa obligatorio de segunda opinión, y estos están cambiando día a día. No podemos seguir el ritmo de los cambios y, a menudo, no nos damos cuenta de ellos hasta que sea demasiado tarde.

Llame a su compañía de seguros y conozca su cobertura, puede ahorrar mucha confusión a largo plazo. Gracias.

Este consentimiento fue firmado por: _____

Nombre del paciente - Representante del paciente

_____/_____/_____
Firma Fecha

Relación con el paciente
(si no es paciente) _____

CESIÓN DE BENEFICIOS Y LIBERACIÓN DE REGISTROS	
Por la presente autorizo el pago directo de todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, incluidos los principales seguros médicos, privados y otros planes de salud a Integrated Dermatology of N. Raleigh, LLC, de cualquier beneficio médico que se me pague por los servicios prestados en Integrated Dermatology of N Raleigh, LLC. También autorizo la divulgación de toda la información médica necesaria para procesar reclamos de seguro. Esta autorización permanecerá vigente mientras se presenten los cargos por el procesamiento de reclamos de seguro o según lo dicte el pagador. Entiendo que es mi responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, coseguro o cualquier otro saldo que la compañía de seguros considere responsabilidad del paciente. Entiendo que es mi responsabilidad pagar el saldo completo si la información del seguro provista es falsa o ineficaz. También entiendo que si mi plan de seguro requiere una autorización de referencia para mis citas, es mi responsabilidad obtener una referencia antes de la cita. Seré responsable del saldo pendiente de pago de cualquier factura si esto no se hace. Si esta cuenta se asigna a un abogado para cobranza y / o demanda, la parte prevaleciente tendrá derecho a honorarios razonables de abogados y al costo de la cobranza.	
X	
Firma del paciente o firma del tutor o padre	Fecha
SOLO PACIENTES DE MEDICARE - Firma de por vida en el archivo y consentimiento de por vida	
Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se realice en mi nombre a Integrated Dermatology of N. Raleigh, LLC. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar esos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medigap o del seguro secundario se realice en mi nombre a Integrated Dermatology of N. Raleigh, LLC. Autorizo a cualquier titular de Información médica sobre mí a divulgar a la Administración de Financiación de la Atención Médica y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.	
X	
Firma del paciente o firma del tutor o padre	Fecha