

# SOUTHWEST DERMATOLOGY CENTER

Martin J. Safko, MD

## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ GENERO  M   
APELLIDO PRIMER SEG. NOMBRE

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
CALLE UNIDAD CIUDAD ESTADO COD. POSTAL

NUMERO DE S.S. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ELIJA UNO  CASADA  SOLTERA  DIVORCIADA  VUID

TELEFONO ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ CELL. NUM ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
MM/DD/AA

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE NEGOCIOS \_\_\_\_\_ TEL: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO COD. POSTAL

PERSONA RESPONSABLE DE CUENTA \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ TEL: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO COD. POSTAL

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TEL: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PARIENTE CERCANO NO VIVA CON UD: \_\_\_\_\_ TEL: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

REFERIDO POR  DOCTOR, NOMBRE \_\_\_\_\_ TEL: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 PAGINAS AMARILLAS  RADIO/TV  INTERNET  OTRO

MÉDICO PRIMARIO \_\_\_\_\_ TEL: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

COMPAÑÍA DE SEGUROS \_\_\_\_\_

NUMERO DE POLIZA \_\_\_\_\_

NUMERO DE GRUPO. \_\_\_\_\_

ASEGURADO NOMBRE DE. \_\_\_\_\_

ASEGURADO S.S. # \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RELACION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

TIENE USTED APLICADO O ES ELEGIBLE PARA MEDICAL  SI  NO FECHA APLICADA \_\_\_\_\_

TODAS refferals DE MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PSP), EN SU CASO, SON MI RESPONSABILIDAD. CO-PAGO Y DEDUCIBLES SON DEBIDO A LA HORA DE SERVICIOS SE PRESTAN A MENOS ARREGLOS DE PAGO SE HAN HECHO.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE POR HONORARIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS POR MI PLAN DE SEGURO POR PARTICIPANTE TERMINACIÓN DE BENEFICIOS, DEDUCIBLE Y COPAGOS.

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE (TUTOR O PADRES SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS) \_\_\_\_\_

### SÓLO USO DE OFICINA

ENTERED BY \_\_\_\_\_ ACCOUNT NO. \_\_\_\_\_ REVIEWED \_\_\_\_\_

ADD'L NOTES: \_\_\_\_\_

**SOUTHWEST DERMATOLOGY CENTER**  
**HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

¿ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO?  SI  NO SI ES ASI INDIQUE \_\_\_\_\_

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?  SI  NO SI ES ASÍ, INDIQUE \_\_\_\_\_

¿UTILIZA TABACO?  SI  NO ¿CADA CUANDO? \_\_\_\_\_

¿USTED TOMA CAFÉ/TE?  SI  NO ¿CADA CUANDO? \_\_\_\_\_

¿USTED TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS?  SI  NO ¿CADA CUANDO? \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO CIRUGIAS PREVIAS ?  SI  NO ¿SI ES ASÍ, CUANDO? \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO TRANSFUSION DE SANGRE ?  SI  NO ¿SI ES ASÍ, CUANDO? \_\_\_\_\_

¿USTED USA DROGAS DE CALLE?  SI  NO ¿SI, ES ASI CUANDO? \_\_\_\_\_

¿QUE DROGAS? \_\_\_\_\_

¿ES USTED UN POSIBLE RIESGO VIH / SIDA?  SI  NO SI, SI EXPLIQUE \_\_\_\_\_

¿HACE EJERCICIO REGULARMENTE?  SI  NO SI, SI INDIQUE \_\_\_\_\_

¿CUAL ES SU OCUPACION? \_\_\_\_\_

REVISE LAS ENFERMEDADES QUE HAN OCURRIDO EN CUALQUIERA DE SUS PARIENTES DE SANGRE Y RELACIONES EN LA LISTA

ARTHRITIS	<input type="checkbox"/>	_____
ASTHMA	<input type="checkbox"/>	_____
AUTOINMUNES TRASTORNO	<input type="checkbox"/>	_____
ECZEMA	<input type="checkbox"/>	_____
CANCER	<input type="checkbox"/>	_____
CÁNCER DE COLON	<input type="checkbox"/>	_____
DIABETES	<input type="checkbox"/>	_____
GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	_____
FIEBRE DE HENO	<input type="checkbox"/>	_____
ALTA PRESION SANGUINEA	<input type="checkbox"/>	_____
COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>	_____

ENFERMEDAD DEL HIGADO	<input type="checkbox"/>	_____
ENFERMEDAD PULMONAR	<input type="checkbox"/>	_____
MELANOMA MALIGNO	<input type="checkbox"/>	_____
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>	_____
LA ENFERMEDAD CORONARIA	<input type="checkbox"/>	_____
PSORIASIS	<input type="checkbox"/>	_____
CÁNCER DE PIEL	<input type="checkbox"/>	_____
TIROIDES	<input type="checkbox"/>	_____

**SOUTHWEST DERMATOLOGY CENTER**  
**REVISE LAS ENFERMEDADES QUE HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE**

- PÉRDIDA DE PESO RECIENTE / AUMENTO DE PESO
- ASTHMA
- FIEBRE DE HENO
- COLMENAS
- ECZEMA
- DIABETES
- ENFERMEDAD CORONARIA
- ENFERMEDAD PULMONAR
- TUBERCULOSIS
- ARTHRITIS
- DOLORES DE CABEZA
- ENFERMEDAD NEUROLOGICA
- ANEMIA
- PSORIASIS

- SIMPLEX
- QUELOIDES
- CÁNCER DE PIEL, TIPO \_\_\_\_\_
- THYROID
- ALTA PRESION SANGUINEA
- HEPATITIS
- ENFERMEDAD DEL RIÑÓN
- MIGRAINAS
- CONVULSIONES
- LUPUS
- PURGA TRASTORNOS
- ENFERMEDAD VENÉREA
- HERPES
- OTRO \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA VISITA ?** \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO ESTE PROBLEMA EN EL PASADO?     SI     NO    SI, SI EXPLIQUE \_\_\_\_\_

¿ SE HA TRATADO ESTE' PROBLEMA?     SI     NO    SI, SI EXPLIQUE \_\_\_\_\_

**FEMENINAS**

ES SU CICLO MENSTRUAL     REGULAR     IRREGULAR    ULTIMO DIA DE CICLO \_\_\_\_\_

¿CREE QUE ESTE' EMBARAZADA?     SI     NO

¿ESTA TOMANDO ANTI-CONCEPTIVOS?     SI     NO    ¿QUE TIPO? \_\_\_\_\_

El abajo firmante, el consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico prescrito por Martin J. Safko, MD o su gestión y ejecución de todo examen, tratamiento, anestésicos, las operaciones, las fotografías, u otro procedimiento asistente a la que puedan considerarse necesario o conveniente. Entiendo que no hay garantía o aseguramiento se ha hecho en cuanto a la resultados que se puedan obtener. Estoy de acuerdo en ser responsable de los pagos de todos los gastos no cubiertos por el seguro. Más yo, entender y estar de acuerdo en seguir los consejos del médico para asegurar el tratamiento y la atención de seguimiento. Autorizo Dr. Safko amueblar mi compañía de seguros cualquier información médica necesaria para el pago de mis afirmaciones. Por la presente, autorizar el pago directamente al Dr. Safko de los beneficios del seguro, de otro modo pagadero a mí, pero que no exceda regulares cargos por sus servicios.

En el caso de que yo no pago de cualquier parte de mi proyecto de ley, que entiendo, me será enviada a una agencia de colección. Y que voy a ser responsable de pagar todos los costos de cobro de honorarios / abogado y judiciales.

Dr. Safko está autorizado a divulgar información médica que se considere necesario, y según lo permitido por la ley, para garantizar continuidad de la atención en caso de traslado a otro centro. Se entiende que esta información sólo será transferido a la instalación a la que se admitió el paciente.

Dr. Safko puede divulgar la totalidad o parte de los registros de pacientes a cualquier persona o empresa que sea o mi ser responsable bajo contratar para el paciente o para un empleador para la totalidad o parte de los cargos del Dr. Safko, incluyendo, pero no limitado a, la atención de salud planes de servicio, compañías de seguros, las compañías de compensación al trabajador, los fondos de asistencia social, o el empleador pacientes.

**PACIENTE / TUTOR FIRMA** \_\_\_\_\_

**REVISADO POR:** \_\_\_\_\_

**SOUTHWEST DERMATOLOGY CENTER**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo Center Dermatología suroeste puede utilizar y divulgar la información médica protegida acerca de usted. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes firmar el consentimiento. Tal vez tengamos que cambiar los términos de nuestro Aviso, momento en el que podemos obtener una nueva copia poniéndose en contacto con nuestra oficina.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento a nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para el siguiente: su tratamiento médico, solicitando pagos de seguro de salud, y las operaciones generales de salud. Proporcionamos este formulario para cumplir con la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA)

**Queremos que entiendan que:**

- \* Su información médica puede ser divulgada o utilizada para su tratamiento, solicitando el pago de seguros o operaciones de atención médica necesarios.
- \* Centro de Dermatología del suroeste tiene un "Aviso de prácticas de privacidad" anunciados y usted como nuestro paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso.
- \* Centro de Dermatología del suroeste se reserva el derecho de cambiar el Aviso de las Políticas de Privacidad.
- \* Usted, el paciente, tiene el derecho de restringir el uso de su información pero suroeste Dermatología Centro de cierva no tiene que estar de acuerdo en que tratar con esas restricciones.
- \* El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las revelaciones futuras entonces cesar.
- \* Estado Centro de Dermatología del Suroeste en el Aviso de prácticas de privacidad, que podemos revelar facturación información a su cónyuge o tutor.

¿Es esto aceptable?  SI  NO

SI SI, NOMBRE DE LA PERSONA \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_

**PACIENTE O REPRESENTANTES**

FIRMA \_\_\_\_\_

ESTE CONSENTIMIENTO FUE FIRMADO POR \_\_\_\_\_ EN LA FECHA DE \_\_\_\_\_  
(EMPRIMA NOMBRE )

RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

DELANTE DE \_\_\_\_\_  
( NOMBRE IMPRESO DEL REPRESENTANTE PRÁCTICA)

**SOUTHWEST DERMATOLOGY CENTER**  
**PACIENTE RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FISCAL**

Estimado paciente,

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado de salud DE usted. La siguiente es nuestra Política Financiera. Si usted tiene cualquier duda o controversia respecto a nuestra política de pago, por favor no dude en preguntar a nuestro departamento de facturación o el Administrador de Oficina.

El pago de los servicios se deben en el momento se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques, y todas las principales tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, American Express) Por favor, no asumen que facturamos a su compañía de seguros. Vamos a presentar una reclamación de seguro en su nombre si tenemos un contrato de proveedor con su seguro Si cambia la cobertura de la compañía de seguros, por favor notifique al Departamento de Facturación inmediatamente.

**POR FAVOR ENTIENDA LO SIGUIENTE**

\* Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros.

NO somos una parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no su compañía de seguros.

\* Todos los cargos son su responsabilidad si su compañía de seguros no paga. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente seleccionan ciertos servicios que no lo harán cubrir. Las tarifas para estos servicios, junto con los deducibles pendientes de pago y co-pagos son debidos en el momento de el tratamiento. Usted es responsable de conocer estas cantidades. Usted es responsable de los gastos de cobranza, costas judiciales, etc.

\* Usted es responsable de conocer sus beneficios de seguro. ¿Su seguros requiere una Atención Primaria Médico (PCP) de referencia? ¿Participa su médico en su plan? ¿Qué instalaciones participan en su plan? Ultimamente, usted es responsable de sus referencias

\* Si la compañía de seguros no paga en su totalidad dentro de 30 días, le pedimos que se comunique con el seguro portador. Si su seguro no paga en su totalidad dentro de los 45 días, nosotros exigimos que pague el saldo adeudado con dinero en efectivo o cheque.

\* Los cheques devueltos están sujetos a una tarifa de registro de entrada \$ 25.00 retorno

\* No llamar / Avisar costo es de \$ 25.00 por citas y \$75.00 por cirugías. Por favor notifiquenos al menos 24 horas antes de su cita programada si no puede acistir.

Entendemos que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual de su saldo. nosotros le animamos a comunicar cualquier tipo de problemas para que le podemos ayudar en la gestión de su cuenta.

**FIRMA DE PACIENTE** \_\_\_\_\_

**FECHA** \_\_\_\_\_

## SOUTHWEST DERMATOLOGY CENTER

DEBIDO A LAS NUEVAS REGULACIONES LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE SER AÑADIDO A SU HISTORIAL MÉDICO.

NOMBRE

---

IDIOMA

---

RAZA/ ETNIA

---

*(NOT HISPANIC OR LATINO, ANDALUSIAN, ARGENTINEAN, ASTURIAN, BELEARIC, ISLANDER, BOLIVIAN, CANAL ZONE, CANARIAN, CASTILLIAN, CATALONIAN, CENTAL AMERICAN, CENTRAL AMERICAN INDIAN, CHICANO, CHILEAN, COLOMBIAN, COSTA RICAN, CRIOLLO, CUBAN, DOMINICAN, ECUADORIAN, GALLEGO, GUATEMALAN, HISPANIC OR LATINO, HONDURAN, LA RAZA, LATIN AMERICAN, MEXICAN, MEXICAN AMERICAN, MEXICAN AMERICAN INDIAN, NICARAGUAN, PANAMANIAN, PARAGUAYAN, PERUVIAN, PUERTO RICAN, SALVADORAN, SOUTH AMERICAN, SOUTH AMERICAN INDIAN, SPANIARD, SPANISH BASQUE, URUGUAYAN, VALENCIAN, VENEZUELAN)*