

# NORTHSTAR

---

## DERMATOLOGY

5320 N. Tarrant Parkway, Suite 200  
Fort Worth, TX 76244  
Teléfono: 817-427-3376 Fax: 817-427-3379

---

### Registro del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_ N.º de teléfono (del PCP): \_\_\_\_\_

Ciudad, estado (del PCP): \_\_\_\_\_

Médico que hizo la derivación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado (del médico que hizo la derivación): \_\_\_\_\_

### Si el paciente es menor de edad: Información del tutor o representante legal

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Masculino  Femenino Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

### Planes de seguro

**Seguro primario:** \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:** \_\_\_\_\_

**Seguro terciario:** \_\_\_\_\_

### ¿Cómo se enteró de nosotros?

Amigo/familiar  Compañía de seguros  ZocDoc  Google  Facebook

Derivación de médico  Visita al establecimiento  Sitio web  Correo  Otro: \_\_\_\_\_

# NORTHSTAR

---

## DERMATOLOGY

### Formulario de consentimiento general

Actualizado el 1/3/2018

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

**Consentimiento para tratamiento.** Mediante el presente doy mi consentimiento y autorizo a los médicos y empleados de Northstar Dermatology a atenderme durante mis visitas al consultorio. Autorizo la divulgación de mi información médica a mi médico de atención primaria, al médico que hizo la derivación o a los consultores, según fuera necesario para brindar el tratamiento y procesar los reclamos de seguros o los medicamentos recetados. Comprendo que quizá se deban tomar fotografías para planificar y evaluar el tratamiento y por el presente, autorizo la toma de fotografías según solicite el médico o su representante, exclusivamente para registro y comprendo que serán confidenciales, a menos que se divulguen por otras razones.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios.** En consideración de los servicios brindados o a brindarse, asigno y transfiero a Northstar Dermatology todo beneficio pagadero a mí o en mi nombre en conformidad con la cobertura del seguro o Medicare. Autorizo la divulgación de toda información médica para el procesamiento de los reclamos de seguro en mi nombre. Comprendo que es mi responsabilidad brindar información actualizada del seguro antes del tratamiento. Comprendo que soy financieramente responsable por los servicios brindados que se deberán pagar en la fecha de recepción del servicio. Esto incluye copagos, deducibles o coseguros con cualquier contrato de atención controlada. También reconozco que presentar reclamos de seguro no es una garantía de pago y que soy financieramente responsable del pago si dicho reclamo no se paga o es denegado por la compañía aseguradora.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

#### ¿Podemos comunicarnos con usted por teléfono y dejar un mensaje sobre su atención o resultados de laboratorio o patólogo?


Como parte de nuestra política de brindar una atención completa al paciente, nos esforzamos por notificarle acerca de todo resultado del patólogo y laboratorio, además de otros detalles sobre su atención. El presente es para confirmar que usted nos autoriza a lo siguiente:

- Dejar un mensaje detallado en el buzón de voz o contestador automático.
- Dejar un mensaje a una persona autorizada que atienda el teléfono.
- No dejar un correo de voz detallado; dejar mensaje solo con un número para devolver la llamada.

N.º de teléfono para resultados: \_\_\_\_\_  Particular  Celular  Laboral

**Personas autorizadas a recibir información:** Autorizo a Northstar Dermatology a divulgar información médica, de citas o financiera por teléfono o personalmente a las siguientes personas (p. ej.: cónyuge, familiar, etcétera):

Nombre	Relación	Teléfono

NO deseo agregar un contacto adicional para discutir mis necesidades o las del paciente. **Continuación** 

**Consentimiento de comunicación por correo electrónico.** En Northstar Dermatology, siempre nos esforzamos por mejorar la comunicación y priorizar la comodidad de nuestros pacientes y utilizamos el correo electrónico para algunas formas de comunicación. Es importante tener en cuenta que este tipo de comunicación no siempre es segura. Northstar Dermatology no puede prometer seguridad y confidencialidad al enviar correos electrónicos y no se hace responsable si los correos electrónicos se comparten incorrectamente y un tercero está en falta. Los correos electrónicos no se deben utilizar para emergencias. Northstar Dermatology no puede utilizar ni compartir su información de salud sin su permiso, excepto en las maneras que se enumeran en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Northstar Dermatology. Estos correos electrónicos pasan a formar parte de su expediente médico.

Durante una transmisión por correo electrónico, podría ser interceptado, leído o reenviado por alguien sin su permiso. No debería enviar por correo electrónico información particularmente delicada para usted. Esta oficina no se hace responsable si usted permite que alguien más lea sus correos electrónicos. Esta oficina no se hace responsable por pérdida, retrasos o envíos de correos electrónicos a direcciones incorrectas. Si no recibe una respuesta a un correo electrónico, es responsable de llamar a esta oficina para averiguar qué pasó.

**Mediante el presente doy mi consentimiento para recibir correspondencia y boletines informativos relacionados con la salud por correo electrónico.**

**NO deseo recibir correos electrónicos de Northstar Dermatology** Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

**Uso de dispositivo electrónico.** Por respeto a los derechos de confidencialidad de otros pacientes y por respeto a la privacidad de nuestros empleados y médicos, el uso de cámaras u otros dispositivos de grabación de video están estrictamente prohibidos en las instalaciones de Northstar Dermatology. Está estrictamente prohibido tomar fotografías y hacer grabaciones de video o audio en el consultorio. Se solicita a los pacientes que apaguen sus teléfonos celulares o los pongan en modo silencio en los consultorios. Los pacientes que atiendan llamadas cuando estén en los consultorios con un empleado o médico de Northstar Dermatology, quizás deban volver a programar su cita para una fecha posterior.

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

**Política sobre faltas a las citas.** Exigimos una notificación 24 horas antes si no puede acudir a su cita programada. Según nuestra política, si falta a una cita, se le exigirán \$50 de depósito para reservar cualquier otra cita posterior.

*Nuestros argumentos: Desafortunadamente, solo podemos atender a cierta cantidad de pacientes en un día y la demanda para ver a un médico con urgencia u oportunamente es alta. Las citas son franjas horarias específicamente reservadas para usted. Una cita perdida toma tiempo que de otra manera se hubiera dedicado a otro paciente que necesite atención urgente.*

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

**Política de cumplimiento de medicación.** Bajo ninguna circunstancia se renovarían las recetas de medicamentos (incluidos los antibióticos) por citas perdidas o canceladas. Las citas perdidas mientras se estén tomando medicamentos que requieran de control pueden provocar la interrupción del medicamento y de la atención. *Nuestros argumentos: Los medicamentos, sin importar cuán inocuos parezcan, pueden tener efectos secundarios graves. Por ello es una buena práctica médica controlar a los pacientes mientras toman estos medicamentos.*

Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

**Aviso sobre la Política Financiera del Consultorio**

Acuso recibo y acepto cumplir con la "Política Financiera del Consultorio". Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

**Aviso sobre Prácticas de Privacidad**

Acuso recibo del "Aviso sobre Prácticas de Privacidad" de HIPAA. Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_

He leído y comprendido las instrucciones anteriores y acepto cumplir con las políticas de Northstar Dermatology.

Nombre del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Políticas Financieras del Consultorio y Responsabilidades del Paciente**

Actualizado el: 30 de enero de 2018

Gracias por elegir a Northstar Dermatology para sus necesidades de cuidado de la piel. Nuestro objetivo es brindarle una experiencia positiva. Durante los últimos años, la práctica de la medicina se ha vuelto más complicada para los médicos y los pacientes por igual.

Debido a la creciente complejidad del negocio de los seguros, sentimos que ya no podemos suponer que los pacientes comprenden totalmente la relación entre la compañía aseguradora, el médico y ellos mismos. En un esfuerzo por aclarar esta relación, hemos establecido un conjunto de pautas concernientes a la responsabilidad financiera y las políticas del consultorio.

#### **Haremos las presentaciones a su seguro por usted si estamos en su red.**

- Es su responsabilidad verificar si un proveedor o médico está en la red de su seguro antes de su cita. Si tenemos un contrato con su plan, presentaremos un reclamo ante su compañía aseguradora. Si su plan de seguro no está en nuestra red o no tiene contrato con nuestro consultorio, el costo total de su atención será su responsabilidad.
- Con algunos planes, quizás se le exija visitar a un médico de atención primaria (PCP) para consultar a un dermatólogo u otro especialista. Si su plan exige autorización de un PCP, debe obtener una derivación antes de su cita. Si no tiene una derivación para el día de su cita, podría ser responsable del costo total de esta.
- Es su responsabilidad comprender la cobertura de su plan de seguro. Si no comprende su póliza, le aconsejamos comunicarse con el número en el reverso de su credencial para revisar y verificar sus beneficios. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías aseguradoras seleccionan arbitrariamente ciertos servicios o códigos de diagnóstico que no cubrirán. Nuestro consultorio nunca garantiza que su seguro pagará. Haremos todo lo posible por presentar su reclamo de la manera más directa y simple posible. Sin embargo, si por cualquier razón se deniega su reclamo, usted deberá pagar el monto adeudado por su cuenta.

#### **Se exige una identificación válida con fotografía y su credencial del seguro cuando vaya a su cita**

- Si no recibimos su credencial del seguro antes de que vea a su médico, deberá pagar por esa consulta y adeudará el monto total en el momento del servicio.
- Es su responsabilidad notificar al personal acerca de todo cambio en su domicilio, número de teléfono o plan de seguro y presentar una credencial de seguro actualizada en cada visita. No hacerlo podría provocar que se rechace su reclamo de seguro y así tener que pagar el costo total de la visita.

#### **Copagos, deducibles y coseguro**

- Un copago es determinado monto en dólares que usted adeuda por cada visita al consultorio. Todos los reclamos están sujetos a un deducible si se realiza un procedimiento (como una biopsia, criocirugía, extirpaciones, etc.). Un deducible es el monto que debe pagar antes de que su compañía aseguradora comience a pagar por los costos de su atención médica. Algunos planes de seguro también podrían tener un coseguro, por el cual usted podría ser responsable de un porcentaje de los costos de la atención médica, además de su copago o deducible. Es su responsabilidad comprender su plan y todo deducible o coseguro asociado. Deberá pagar en el momento del servicio si su deducible no se cubrió o si su plan requiere de un pago de coseguro. Se le podría pasar una factura por este monto en caso de que su compañía aseguradora nos notifique que usted nos adeuda un pago adicional.

#### **No somos proveedores de Medicaid**

- No somos proveedores de Medicaid y solo aceptamos pacientes de Medicaid con el costo a su cargo. No presentaremos ningún reclamo a Medicaid como seguro primario ni secundario.

#### **Procedimientos cosméticos o no médicamente necesarios**

- Su compañía aseguradora podría considerar que ciertos procedimientos son cosméticos o no son médicamente necesarios. Si usted y su médico deciden continuar con un procedimiento que cae en esta categoría, exigiremos el pago total en el momento de recibido el servicio. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Extirpación de lesiones benignas (como papilomas cutáneos, angiomas, manchas de la piel o cutáneas, quistes, milia, hiperplasia sebácea o queratosis seborreica, etc.).
- Bótox, rellenos, peelings químicos de la piel, revisiones de cicatrices, consultas o procedimientos cosméticos.
- El costo de cualquier procedimiento será una tarifa independiente de los honorarios de visita al consultorio o consulta.

#### **Honorarios de laboratorio y patólogo**

- Muchas veces, quizás sea necesario obtener una muestra de tejido (biopsia) o hacer análisis de laboratorio para confirmar un diagnóstico o decidir un tratamiento. Si se realiza una biopsia u otro análisis de laboratorio, hay honorarios independientes para el procesamiento y la interpretación de la biopsia o el análisis de laboratorio. **Esto significa que recibirá una factura aparte de otro médico o laboratorio por estos análisis.** Intentaremos utilizar un laboratorio que haga presentaciones directas a su compañía aseguradora. A pesar de que el laboratorio hará las presentaciones a su seguro, usted es responsable de toda factura que pudiera recibir del laboratorio o de los servicios de patólogos utilizados. Si recibe una factura del laboratorio, comuníquese directamente con el laboratorio para aclarar toda duda sobre la facturación.

#### **Copias de expedientes médicos**

- Hay una tarifa plana de \$20 para copias de expedientes médicos de hasta 100 páginas. Hay una tarifa adicional de \$20 por cada incremento de 100 páginas adicionales (cualquier número de páginas hasta 100).

#### **Citas perdidas, cancelaciones tardías e incumplimiento**

- Tenga en cuenta que las citas son franjas horarias reservadas específicamente para usted. Exigimos una notificación 24 horas antes si no puede acudir a su cita programada. Como cortesía, ofrecemos llamadas recordatorias de citas que le permitirán cancelar o reprogramar en ese momento. Sin embargo, en última instancia es su responsabilidad recordar sus citas, sin importar si recibe una llamada recordatoria o no.
- Si falta a una cita sin notificar 24 horas antes o cancela o reprograma el mismo día de su cita, se exigirá un depósito de \$50 para reservar su próxima cita. Este depósito se destina al costo de su cita o se le podría reembolsar luego de su cita si corresponde.
- Si se retrasa más de 15 minutos, se podría cancelar su cita y quizás deba reprogramarla. Alentamos a los nuevos pacientes a llegar 15 minutos antes para hacer su registro.
- Se podría dar de baja de nuestro consultorio a los pacientes con varias cancelaciones o citas perdidas.
- Tenga en cuenta que el incumplimiento de los planes de tratamientos (esto incluye medicamentos o análisis de laboratorio) y la conducta abusiva o inapropiada hacia personal u otros pacientes tendrá como resultado la finalización de su atención en nuestro consultorio.

#### **Formas de pago**

- Para su conveniencia, recibimos efectivo, cheques personales, MasterCard, Discover y Visa.
- Se cobra una tarifa de \$40 por cada cheque rechazado.

#### **Tarjeta de crédito segura en archivo**

- Northstar Dermatology exige que todos los pacientes tengan en archivo una tarjeta de débito o crédito para que los servicios de facturación sean más eficientes y seguros. Consulte nuestra "Política de Tarjeta de Crédito Segura en Archivo" para más información.
- Una vez que su proveedor de seguros haya procesado su reclamo, se enviará una explicación de beneficios (EOB) a nuestro consultorio informando cuánto debe según sus beneficios. Luego, le enviaremos un resumen por este saldo.
- Si no recibimos el pago en el plazo de 30 días desde el resumen, cargaremos en su tarjeta de crédito autorizada el saldo adeudado. Esta política no le impide disputar un cargo ni cuestionar la determinación de pago de su compañía aseguradora. Los pacientes con un saldo superior a los \$100 pueden llamar a nuestra oficina para iniciar un plan de pagos si fuera necesario.

#### **Esfuerzos de cobro**

- En caso de que tenga algún saldo impago, recibirá un resumen concerniente al saldo según nuestra Política de Tarjeta de Crédito Segura en Archivo. Si el saldo no se paga en el plazo de 30 días desde el resumen y no podemos cargarlo a una tarjeta autorizada en archivo, el saldo se entregará a una agencia de cobro. La agencia de cobro agregará hasta 35% a todo saldo que se les entregue.

# NORTHSTAR

---

## DERMATOLOGY

### Política de Tarjeta de Crédito Segura en Archivo

Actualizado el 10/01/2018

Northstar Dermatology exige que todos los pacientes tengan en archivo una tarjeta de débito o crédito para que los servicios de facturación sean más eficientes y seguros. La información de su tarjeta de crédito autorizada se almacenará utilizando una función de "Billetera" en nuestro procesador de pagos que cumple con las normas del Sector de Tarjetas de Pago (PCI) y HIPAA y es completamente segura, tal como lo exige la ley. Todos los datos están cifrados y protegidos contra fraude y otras vulneraciones de datos. La información de la tarjeta de crédito **NO** se conserva en archivos en nuestro consultorio ni en ninguno de nuestros equipos.

**Cómo funciona:** Una vez que su proveedor de seguros haya procesado su reclamo, se enviará una explicación de beneficios (EOB) a nuestro consultorio informando cuánto debe según sus beneficios. Luego, le enviaremos un resumen por este saldo. Si no recibimos el pago en el plazo de 30 días desde el resumen, cargaremos en su tarjeta de crédito autorizada el saldo adeudado. Esta política no le impide disputar un cargo ni cuestionar la determinación de pago de su compañía aseguradora. Los pacientes con un saldo superior a los \$100 pueden llamar a nuestra oficina para iniciar un plan de pago si fuera necesario.

En caso de vencimiento o anulación de su tarjeta de crédito, esperamos que nos brinde una tarjeta actualizada y válida a la brevedad para que podamos cobrarle con la misma autorización que la de la tarjeta original. Si no podemos cargar en su tarjeta el saldo adeudado, enviaremos la cuenta a nuestra agencia de cobros. Si hay un problema con su factura o reclamo y se nos informa luego de que se procese el pago de su tarjeta de crédito, podemos aplicar un reembolso directamente en su tarjeta si es que cometimos un error de facturación.

#### Autorización de tarjeta de crédito en archivo

**Acepto incluir la siguiente tarjeta de crédito en el archivo. Autorizo a Northstar Dermatology y a su personal a cobrar automáticamente a mi tarjeta de crédito únicamente a los fines establecidos anteriormente. Este contrato tiene validez de un año.**

Visa       MasterCard       Discover       American Express

Últimos cuatro dígitos del número de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta de crédito (tal como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_

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

Firma del titular: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# NORTHSTAR

---

## DERMATOLOGY

### **Preguntas frecuentes sobre la Política de Tarjeta de Crédito Segura en Archivo**

#### **¿Debo dejar una tarjeta de crédito en archivo?**

Sí, todos los pacientes de Northstar Dermatology deberán tener una tarjeta de crédito o débito en archivo. Esta es la política de nuestro consultorio y es una tendencia creciente en el sector de atención médica. Este sistema mejorará la eficiencia en nuestro proceso de facturación y cobros reduciendo el tiempo y los costos asignados a los envíos por correo de múltiples resúmenes. Además, tener una tarjeta de crédito en archivo es más seguro para nuestros pacientes que solicitarles que envíen un cheque o información de la tarjeta de crédito por correo.

#### **¿Cómo sé que la información de mi tarjeta de crédito está segura?**

Es muy importante para nosotros proteger su información personal y financiera. Nuestro procesador de pagos, TSYS, protege la información de su tarjeta, y a su vez está obligado por ley a cumplir con normas muy estrictas de seguridad de datos del PCI (sector de tarjetas de pago) para proteger la información de su tarjeta de crédito. Cuando se presente a su cita, nuestro personal administrativo ingresará la información de su tarjeta de crédito en nuestro portal seguro de proveedores. Este portal almacena la información de la tarjeta para futuras transacciones de la misma manera que lo haría un hotel u otro proveedor, como iTunes o su compañía de suministro eléctrico. No podemos ver el número completo de la tarjeta de crédito, por lo que no hay forma de utilizar la tarjeta fuera de nuestro sistema de facturación.

#### **¿Cómo sé cuánto me van a cobrar?**

Una vez que su seguro haya procesado su reclamo, le enviarán una “Explicación de beneficios” (EOB). Recibiremos la misma EOB que indica cuánto pagó su seguro y qué monto corresponde al paciente según sus beneficios. Luego, aplicamos todo pago y ajuste del seguro, además de los pagos del paciente realizados en nuestro consultorio en esa fecha de servicio. Si hay un saldo restante responsabilidad del paciente, le enviaremos un resumen indicando su saldo en la cuenta. Este es el monto que cargaremos en su tarjeta de crédito si no recibimos el pago en el plazo asignado.

#### **¿Qué sucede si debo disputar mi factura?**

Puede llamar a nuestra oficina si alguna vez tiene una duda sobre su factura. Si se cometió un error, con todo gusto colaboraremos con usted para solucionarlo y haremos un reembolso en su tarjeta si cometimos un error de facturación. Recuerde que solo cobramos el monto asignado como “responsabilidad del paciente”, tal como se muestra en su EOB.

#### **¿Qué sucede si no puedo pagar la totalidad del saldo?**

Si su saldo es superior a los \$100, puede llamar a nuestro consultorio para iniciar un plan de pago. Luego, nuestro sistema cobrará automáticamente a su tarjeta autorizada según su plan de pago. Debe pagar el total de los servicios cosméticos en el momento del servicio.

#### **¿Qué sucede si sobregiran mi cuenta?**

Si le preocupa la posibilidad de fondos insuficientes, le recomendamos que utilice una tarjeta de crédito para el Programa de Tarjeta de Crédito en Archivo en lugar de una tarjeta de débito o cuenta corriente.

#### **Tengo dos planes de seguro. ¿Aún debo darle una tarjeta de crédito?**

Sí. Incluso con varios seguros, puede haber ocasiones en las que un paciente aún adeude una responsabilidad. Tenga en cuenta que no cargaremos nada en su tarjeta si no adeuda nada.

# NORTHSTAR

---

## DERMATOLOGY

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

**Farmacia** (incluir domicilio o intersección): \_\_\_\_\_

**Razón de la visita de hoy:**

**¿Tenemos el placer de ver a alguno de los miembros de su familia?** \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos anteriores:** (Responda todas las preguntas)

	No	Sí
Eccema		
Cáncer de piel		
Otro cáncer		
Articulaciones artificiales		
Válvulas cardíacas artificiales		
Prolapso de la válvula mitral		
Marcapasos o desfibrilador		
Enfermedad cardíaca		
Hipertensión arterial		
Tendencia a hemorragias		
Queloides o cicatrización excesiva		
Diabetes		
Trastorno de tiroides		
Asma		

	No	Sí
Tuberculosis		
Artritis		
Lupus eritematoso		
Dolor crónico		
Problemas nerviosos o mentales		
Convulsiones		
Trastornos hepáticos		
Hepatitis B		
Hepatitis C		
Trastornos renales		
Problemas pulmonares		
Trasplante de órgano		
VIH (SIDA)		
Otro		

**Antecedentes de cáncer de piel:**

	No	Sí	Ubicación
Carcinoma basocelular			
Carcinoma escamocelular			
Melanoma maligno			
Otro			

**Antecedentes familiares:**

	No	Sí	Familiar
Eccema			
Psoriasis			
Melanoma			
Desconocido - adoptado			



**Antecedentes sociales:** No Sí ¿Con qué frecuencia o en qué medida? (Socialmente, diariamente, etcétera)

¿Bebe alcohol?			
¿Fuma?			
¿Mastica tabaco?			
¿Alguna vez fumó?			¿Cuándo?
¿Utiliza algún protector solar?			

**Alergias:** (Si no tiene, escriba “ninguna”)

Alergias	¿Qué tipo de reacción?	Notas

**Medicamentos actuales del paciente:** (Si no tiene, escriba “ninguna”)

Droga	Dosis	¿Con qué frecuencia?

**Revisión de los sistemas:**

	No	Sí	Describe:
Pérdida de peso no intencional			
Sudores nocturnos			
Sarpullido / comezón			
Sensibilidad al sol			
Dolor de articulaciones			
Dolor de cabeza			
Dolor abdominal			
Depresión			
Estrés o ansiedad			
Moretones			
Ganglios linfáticos inflamados			

**Mujeres:**

No Sí

¿Está embarazada?		
¿Está intentando quedar embarazada?		
¿Está amamantando?		