

## *Informacion del Paciente*

---

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ Telefono (Cell): \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F M Estado Civil: S C D V Separado(a)

Email: \_\_\_\_\_

### **Trabajo del Paciente:**

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

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ ext.: \_\_\_\_\_ Fax:: \_\_\_\_\_

### **En Caso de Emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

### **Persona Responsable** (Informacion del Asegurado):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social/ID: \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ Telefono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**Medico Primario:** \_\_\_\_\_ **Numero:** \_\_\_\_\_

**Referrido Por:** ( ) Directorio (Seguro), ( ) Paginas Amarilla, ( ) Paciente: \_\_\_\_\_, ( ) Medico: \_\_\_\_\_

**Seguro:** Medicare    Suplementario    Privado/Commercial: \_\_\_\_\_

*Por favor provea a la recepcion con una identificacion con foto y su seguro, necesitamos hacer una copia para el expediente*

Es esta condicion medica debido a alguna clase de accidente? ( ) SI ( ) NO

Si contesta Si: Relacionado al trabajo ( ) Automovil ( ) Accidente en la casa ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Bienvenido a nuestra oficina. Estamos aqui para servir sus necesidades de Dermatologia.

Nosotros aceptaremos su seguro, despues de verificar que su deducible haya sido satisfecho, y si la razon de su visita al Doctor es una condicion medica cubierta por su poliza de seguro.

Yo autorizo y pido a mi Compania de Seguro privada o del Gobierno a pagar directamente a esta oficina por los servicios suministrados a mi o mi familia por el Doctor o proveedor. Mi firma autoriza la entrega de la informacion medica, mia o de mi familia al seguro o agencia como sea necesario para el pago de la reclamacion echa electronica o por correo. Yo permito que una copia de esta autorizacion pueda ser usada como la original. En casos de seguros de Medicare: El doctor acuerda en aceptar el pago autorizado por Medicare como total, el paciente sera solo responsable por el deducible, co-pago y cualquier servicio no cubierto,

o servicios no pagados debido a que el paciente se haya registrado con un "HMO" (al momento en que estos servicios fueron administrados) en el cual nosotros no seamos participantes.

Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por todo los cargos que no sean pagados por el Seguro. Estoy de acuerdo que si la cantidad pagada no es suficiente para cubrir los gastos medicos en su totalidad, yo sere responsable por el pago de la diferencia, y si la naturaleza de los servicios no son cubiertos por la poliza del seguro yo, sere responsable de pagar al Doctor la cuenta en su totalidad.

Estoy de acuerdo que si esta cuenta es referida a una agencia, o abogado para su cobro. Yo sere responsable del pago de estos gastos de cobro (hasta un 50% del balance total) gastos de abogado y gastos de Corte. Yo certifico que la informacion que he dado es correcta. Yo he leído y entiendo todo la arriba mencionado, y estoy de acuerdo.

\_\_\_\_\_

*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Acct No:** \_\_\_\_\_

**Historia Médica:**

**Enfermedades que ha padecido: Marque ( √ ) las enfermedades que usted ha padecido en el pasado**

- Respiratorio Tuberculosis Varicela Sarampión Paperas Neumonía Hígado Corazón Presión Alta  
Riñones Migraña Circulatorio Ulceras Cáncer de la Piel Cáncer Diabetes Infarto

Cirugías: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cirugía Cosmética: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Historia Médica Familiar:**

	√ Vivo	Edad Morir	Estado de Salud/Causa de Muerte		# Vivo	# Muerto	Estado de Salud – Causa de Muerte
Padre				Hermanos			
Madre				Hermanas			
Esposo/a				Hijos			

**Presente:**

**Usted fuma:** Cigarrillos \_\_\_\_\_ Tabaco \_\_\_\_\_ **Bebe Bebidas Alcohólicas** \_\_\_\_\_

**Estas Embarazada?:** \_\_\_\_\_ **Tomas anticonceptivos?** SI NO

**Problema Dermatológico Presente:** \_\_\_\_\_

**Ha notado alguna relación entre stress y su problemas médicos?** \_\_\_\_\_

**Condición Médica Presente: Marque ( √ ) su condición médica actual:**

- Diabetes Corazón Presión Alta Enfisema Gota Artritis Asma Migraña Epilepsia Ulceras  
Oídos Garganta Nariz Ojos Hígado Psiquiátrico Cáncer Circulatorio Deficiencia Sistema Inmunológico

Tiroides Piel Otros: \_\_\_\_\_

**Alergias:** Penicilina Sulfa Yodo Aspirina Anestésicos Otros: \_\_\_\_\_

**Medicinas Que Toma:** \_\_\_\_\_

**Pharmacia:** \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

De acuerdo a mi conocimiento la informacion que proveo es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi doctor si yo o mi hijo/a de menor de edad hemos tenido algun cambio en nuestra salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente – Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha: \_\_\_\_\_

Debido a los nuevos requerimientos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, estamos solicitando que todos los pacientes completen nuestro formulario de admisión de pacientes suplementario. Nos damos cuenta de que algunas de las preguntas pueden ser redundantes. Agradecemos su paciencia y nos disculpamos por cualquier inconveniente.

Nombre del paciente (Letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: M  F  Telefono: \_\_\_\_\_

Mi cita es con:  Dr. Weinman  Dr. Cabrera

Estamos en el proceso de implementación de un Portal del Paciente para proporcionar una opción de comunicación para nuestros pacientes en el cumplimiento de requisitos de salud y servicios humanos. Favor proporcionar una dirección válida de correo electrónico:

(Necesario) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Etnicidad:  No-Hispano  Hispano

Preferencia de Idioma:  Ingles  Español Otro: \_\_\_\_\_

Raza:  Caucásico Europeo o Americano  Africana o Afroamericana Asiático o Asiático Americano  
Nativo Americano o Nativo de Alaska Hawaiano nativo u otras islas del Pacifico

Estado de fumador: No un usuario actual de tabaco  
0 cigarrillos por día (no fumador o menos de 100 de por vida)  
0 cigarrillos por día (fumador anterior)  
Usuario actual de tabaco  
Por favor seleccione la opción que mejor describa su consumo de tabaco.  
Pocos cigarrillos (1-3) por día  
Hasta 1 paquete al día  
1-2 paquetes por día  
2 o más paquetes por día

¿Toma cualquier prescripción o medicamentos de venta sin receta?

No      Sí (En caso afirmativo enumere)

Dosis(s): \_\_\_\_\_

¿Toma cualquier prescripción o medicamentos de venta con receta?

No      Sí (En caso afirmativo enumere)

Dosis(s): \_\_\_\_\_

¿Alergia a medicamentos?

No      Sí (en caso afirmativo Enumere) \_\_\_\_\_

Ubicación:      Piel                      Local                      Abdominal                      Sistémica/anafilácticas

Reaction: \_\_\_\_\_

Gravedad:      Muy suave      Suave      Moderada      Grave

Compruebe por favor si usted tiene un historial de los siguientes:

Colesterol alto

Reemplazo de la articulación

Cáncer

Depresión

Presión arterial alta

Afección tiroidea

Diabetes

Cáncer de piel

Asma

Otro \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Padre o tutor firma si el niño es menor de edad)

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_ . Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**(Por favor espere 24 horas para que las prescripciones sean enviadas. Gracias.)**

### **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Para nuestros pacientes: Este aviso describe cómo la información sobre su salud (como paciente de esta práctica) puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a su información médica. Esto es requisito por los reglamentos de privacidad creados como resultado de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

#### **Nuestro compromiso con su privacidad**

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud.

Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante:

#### **Uso y divulgación de su información de salud en ciertas circunstancias especiales.**

Las siguientes circunstancias pueden requerir usar o divulgar su información de salud:

1. A las autoridades de salud pública y los organismos de supervisión de la salud que están autorizadas por la ley para recopilar información.
2. Demandas y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si es necesario para ello por un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otro individuo o del público. Sólo haremos divulgación a la persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
5. Si usted es un miembro de EE.UU. o las fuerzas militares extranjeras (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.
6. Para oficiales federales para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

7. Para las instituciones correccionales y a oficiales de la ley si usted es un preso o bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Para la remuneración de los trabajadores y otros programas similares.

**Sus derechos respecto a su información de salud**

1. **Comunicaciones:** Usted puede solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de su salud y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comunicamos con usted en su casa, en lugar de trabajo, cumpliremos con las solicitudes razonables.
2. Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información de salud para tratamiento, pago, o el cuidado de la salud. Además, usted tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su información de salud a solamente ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago para su cuidado, tales como miembros de la familia y amigos. No estamos obligados a estar de acuerdo con tu petición; Sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando sea requerido por la ley, en emergencias, o cuando la información es necesaria para darle tratamiento.
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información médica que pueda ser usada para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros de pacientes médicos y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Debe presentar su solicitud por escrito a **South Kendall Dermatology, 12600 SW 120 Street, Suite 113, Miami, FL 33186, Tel# 305-971-1210.**
4. Nos puede solicitar a modificar su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentado a la dirección mencionada anteriormente. Debe darnos una razón que apoye su petición.
5. Derecho a una copia de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de prácticas de privacidad. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia de este aviso, póngase en contacto con nuestra recepcionista.
6. El derecho a presentar una queja. Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al (305) 971-1210. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.
7. El derecho a presentar una autorización para otros usos y revelaciones. Nuestra práctica obtendrá su autorización escrita para usos y divulgaciones que no están identificadas en este aviso o permitidos por la ley aplicable. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o nuestras políticas de privacidad de información de salud, por favor, póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad al (305) 971-1210.

**Por la presente reconozco que se me ha presentado una copia de la notificación de prácticas de privacidad.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**El Consentimiento Informado del Paciente**

**Vitor F. Weinman, MD &**  
**South Kendall Dermatology**  
 Coral Gables: 305-445-2941  
 South Kendall: 305-971-1210

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **CTA:** \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que los médicos y el personal de esta práctica a tratarme, incluyendo cualquier biopsia o procedimiento (s), según se considere necesario en el ejercicio de su juicio profesional.

**FAVOR INICIAL CADA LÍNEA Y FIRME AL PIE**

\_\_\_\_\_ Entiendo que la atención médica requiere mi cooperación, y voy a seguir las órdenes y las recetas de mi médico. Si está indicado, voy a hacer y mantener las citas para la atención de seguimiento y llamar a la oficina para observar cualquier cambio

de la demografía, la compañía de seguros o cambios en mi condición. Si tengo que cancelar mi cita, debo hacerlo con 24 horas de antelación. Hay una cuota de \$25 dólares por no presentarse a su cita y cancelaciones.

\_\_\_\_\_ Autorizo a mi médico y/o el personal de esta práctica para tomar fotografías de mis lesiones/crecimientos como parte de mi expediente médico. Entiendo que las fotografías pueden incluir porciones apropiadas del cuerpo para demostrar posibles sitios o procedimientos de cirugía y que se hará todo lo posible para proteger la identidad del paciente en esos materiales y todo lo obtenido es propiedad exclusiva de esta práctica.

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo ser facturado por un laboratorio externo para el análisis de sangre o de los servicios de patología o 2ª opiniones que se lleva a cabo en esta oficina. Si mi compañía de seguros no tiene un laboratorio o instalación contratada, o si los servicios no están cubiertos por mi compañía de seguros, por cualquier motivo, incluyendo pero no limitado a los deducibles, co-pagos y co-seguros. Es mi entendimiento de que tengo que ponerse en contacto con dicho laboratorio para discutir mis servicios o facturas.

\_\_\_\_\_ En caso de haber elegido para proporcionar esta práctica con mi dirección de correo electrónico, autorizo a esta práctica en contacto con el uso de la dirección de correo electrónico proporcionada por el mercaderero interno, ofertas especiales y fines de facturación/factura, y de acuerdo con permitir esta práctica continúe a ponerse en contacto conmigo mediante el correo electrónico hasta que indique por escrito, que ya no pueden ponerse en contacto conmigo por correo electrónico. A cambio de permitir esta práctica en contacto usando el correo electrónico, esta práctica se compromete a no liberar, vender o distribuir cualquier dirección de correo electrónico proporcionada a ninguna otra persona o entidad sin mi autorización expresa por escrito.

\_\_\_\_\_ Yo he leído y entendido el formulario de consentimiento que se ha proporcionado a mí por mis médicos y el personal.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Mi firma en este formulario autoriza a los proveedores y al personal de esta práctica para llevar a cabo los siguientes procedimientos, si es necesario:

Biopsia por raspado / biopsia en sacabocados / Remoción del Afeitado / La escisión quirúrgica /  
Eliminación de verrugas / Incisión y Drenaje / La crioterapia / Inyecciones de esteroides intralesionales /  
intramusculares Inyecciones de esteroides / Electrodesecación

- Se me ha informado, a mi entera satisfacción, en cuanto a la naturaleza del procedimiento y por qué es necesario.
- Se me ha informado, a mi entera satisfacción, en cuanto a los riesgos inherentes a la realización de cualquier procedimiento quirúrgico, tal como la pérdida de sangre, infección, reacción a la anestesia y la formación de cicatrices gruesas o de otra manera y me doy cuenta de que tal, o cualquier, natural complicaciones pueden resultar de la intervención quirúrgica.
- Doy permiso para que cualquier tejido(s) eliminado durante este procedimiento que se enviará para su examen histológico por un patólogo.
- Se me ha informado, a mi entera satisfacción, en cuanto a los riesgos inherentes a la realización de los mismos, tales como dolor, hinchazón, enrojecimiento, formación de ampollas, decoloración, adelgazamiento de la piel, atrofia, posibles cicatrices y la recurrencia.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## **“WARNING”**

The following is to inform you that all medications, whether tablets (oral) or creams (topical) taken must be stopped if pregnancy occurs or if you are planning a pregnancy.

Please advise your physician if the above applies to you.

---

## **“AVISO”**

La siguiente es para informarle que todas las medicinas que usted esta tomando, sean tabletas o cremas deben ser descontinuadas si usted se embaraza o si esta planeando un embarazo.

Por favor notifique a su medico si lo previo se aplica a usted.

---

Patient's Name/ Nombre

---

Signature/Firma