



Información Demográfica del Paciente

FECHA: _____

NOMBRE LEGAL: _____ APELLIDO LEGAL: _____ SEG.N: _____

SOBRE NOMBRE (SI ES PREFERIDO): _____ ESTADO CIVIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

MASCULINO FEMENINO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ RAZA/ORIGEN ÉTNICO: _____

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

¿CUÁL ES LA MEJOR MANERA DE CONTACTARNOS CON USTED?: TELÉFONO DE CASA TELÉFONO MÓVIL TELÉFONO DEL TRABAJO CORREO ELECTRÓNICO CORREO

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NÚMERO CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

FAVOR DE DAR A CONOCER SI DESEA DESCONTINUAR LOS RECORDATORIOS DE LA CITA ENVIADOS POR EL TELÉFONO DE LA CASA (LLAMADA), EL TELÉFONO CELULAR (TEXTO) O EL CORREO ELECTRÓNICO.

DIRECCION DE CASA: _____

DIRECCIÓN TEMPORAL (SI CORRESPONDE): _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

OCUPACIÓN: _____

Seguro

SEGURO PRIMARIO: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA : _____

NOMBRE DEL ASEGURADOR DE LA PÓLIZA: _____ RELACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA: _____

NOMBRE DEL ASEGURADOR DE LA PÓLIZA: _____ RELACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Información del Médico

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Yo Autorizo ala clinica de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi (o de mi hijo) proporcionada con el fin de evaluar y administrar los reclamos por los beneficios del seguro. También autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a mi médico.

X

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



Forma de Privacidad de PHI

FECHA: _____

Autorización de Información

Liste familiar o amigo con el que podamos hablar con respecto a su información médica. **Si el paciente es menor de edad por favor liste los padres o los tutores legales.**

Yo (el paciente) autorizo a los Médicos y al personal de Brevard Medical Dermatology,PA a dar la información de mi estado de salud a:

<u>NOMBRE COMPLETO</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>NÚMERO DE TELÉFONO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Además, entiendo que esta autorización permanecerá vigente a menos que el paciente determine que sea rescindada con una firma.

X

FIRMA DEL PACIENTE (O TUTOR LEGAL SI ES MENOR)

FECHA

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

He recibido una copia (háganos saber si desea una copia) o hemos revisado una copia (ubicada en el Lobby o en el website www.Brevardmd.com) del Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA de Brevard Medical Dermatology ("Aviso"). La Notificación describe cómo se puede usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que debería leerlo cuidadosamente. Además, soy consciente de que la Notificación puede actualizarse en cualquier momento. Puedo obtener una copia revisada del Aviso notificándolo a al Oficial de Privacidad de Brevard Medical Dermatology, PA.

X

FIRMA DEL PACIENTE (O TUTOR LEGAL SI ES MENOR)

FECHA



Acuerdo Financiero del Paciente

Gracias por elegirnos como su dermatólogo. Estamos comprometidos en brindarle atención médica de calidad y asequible. Pedimos a todos los pacientes que revisen y firmen esta política, si tiene alguna pregunta por favor dejemos saber. Una copia será proporcionada a cada paciente que la pida.

- 1. Seguros:** Aceptamos y participamos con la mayoría de los planes de seguros. Si su seguro no es un plan con el que participamos, se espera un pago completo en cada visita. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su aseguradora si tiene alguna pregunta sobre su cobertura para recibir los máximo de sus beneficios.
- 2. Pago del paciente:** todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento de su visita. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros.
- 3. Registro:** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente, que se ingresará en nuestra computadora para mantener información precisa para la facturación correcta. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y de la tarjeta de seguro válida para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información de seguro correcta o si su seguro cambia y no nos notifica de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de un reclamo. La mayoría de las compañías de seguros tienen una restricción de presentación oportuna; Si no se recibe un reclamo con 30 días de la fecha de servicio, se puede declarar no elegible para el pago y usted será responsable del saldo restante.
- 4. Reclamaciones:** presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que sus reclamaciones se paguen. Es posible que su compañía de seguros no acepte información de nuestra oficina y que necesite información suya. Es su responsabilidad cumplir con sus responsabilidades. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros; No somos parte de ese contrato.
- 5. Pacientes sin seguro:** Ofrecemos un descuento de auto-pago, que es igual y permitido por Medicare, para nuestros pacientes que no tienen seguro. El pago total se debe al momento de su visita. Si se ha realizado un acuerdo previo sobre cualquier saldo impago, recibirá un estado de cuenta mensual que se debe al momento de la recepción.
- 6. Cuentas de deudas incobrables:** nuestro departamento de facturación tratará razonablemente de cobrar todos los saldos pendientes. Esto incluye tres estados de cuenta, seguidos por tres llamadas telefónicas de nuestro departamento de facturación. A este punto, si el saldo permanece sin pagar, la cuenta del paciente se considera una "deuda incobrable". El paciente puede pagar su saldo en cualquier momento posterior para salir del estado de "deuda incobrable", pero no programamos ninguna otra cita sin urgencia hasta que el saldo de la deuda incobrable se pague por completo.
- 7. Cargo por cheque sin fondo:** La devolución de un cheque emitido a Brevard Medical Dermatology resultará un cargo de \$25 por cheque sin fondo, el cargo se colocara en la cuenta del paciente sin importar el motivo. Se le enviará al paciente una notificación por escrito sobre cómo resolver el cheque sin fondo. Se retendrá la cuenta hasta que se resuelva el cheque sin fondo. A cada cuenta se le permitirán dos cheques sin devolución, después de lo cual no se le aceptará el pago con cheque al responsable de la cuenta. **NOTA IMPORTANTE: UN CHEQUE SIN FONDO PUEDE RESULTAR EN UNA RETENCIÓN DE LA CUENTA, LO QUE PUEDE PRECLUIR LA RUTINA DE SERVICIOS EN LA NATURALEZA O ASUNTOS SIN URGENTES.**
- 8. Tarifa de administración de teléfono:** Habrá un cargo de \$20 por tratamiento de una enfermedad aguda menor (por ejemplo, seguimiento de Accutane, intercambio de fotos sobre erupciones(rash), lesiones, etc. entre el paciente y el proveedor médico) por teléfono. La tarifa de administración del teléfono no se facturará a su seguro y es su total responsabilidad.
- 9. Citas perdidas:** nuestra política es cobrar \$25 si usted no llega a su citas o no se cancelan dentro de las 24 horas de la cita programada. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirles mejor al cumplir con sus citas programadas regularmente.

Gracias por tomarse el tiempo para revisar nuestra política financiera. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. **He leído y entiendo la política financiera y acepto cumplir con sus pautas.**

X

FIRMA DEL PACIENTE O PARTIDO RESPONSABLE

NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE O PARTIDO RESPONSABLE

FECHA



Historial Medical del Paciente

Las enfermedades internas y los efectos secundarios de los medicamentos pueden manifestarse en la piel. Por lo tanto, es importante para nosotros en dermatología conocer sus otras condiciones médicas como alergia o alergico a medicadicamentos. Por favor complete este formulario a su mejor entendimiento.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

¿El nombre y la ubicación de su farmacia de preferencia? _____

¿Está bien dejarle un mensaje en su correo de voz con resultados? Sí No

¿Tiene un plan de cuidado avanzado o un testamento en vida? Sí No

¿El médico te recomendó que veas a un dermatólogo? Sí No Dr. _____

Historia Médica General

Marque cualquiera de los siguientes que aplican y use las líneas a continuación para obtener explicación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (inregulacion de los latodos del corazon) | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Transplante de médula osea | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> BPH (glándula prostática agrandada) | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama (¿qué mama?: _____) | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> EPOC (enfermedad pulmonar) | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Marcapasos / Desfibrilador (circule uno) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía (fecha que la recibió:
_____) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal | <input type="checkbox"/> Cancer de prostata |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe (fecha que la recibió :
_____) | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |

Use este espacio para explicar otras condiciones medica (POR FAVOR IMPRIMA):

Historia de Cirugías

Nombre todas las cirugías que a tenido y las fechas (POR FAVOR IMPRIMA):

Historia Dermatológica

Marque cualquiera de los siguientes que aplican:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno / Alergias |
| <input type="checkbox"/> Queratosis actínica (crecimiento precanceroso) | <input type="checkbox"/> Cuero cabelludo escamoso o con picazón |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Melanoma (tipo de cáncer de piel) |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma de células basales (tipo de cáncer de piel) | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa |
| <input type="checkbox"/> Ampollas de sol | <input type="checkbox"/> Lunares cancerosos |
| <input type="checkbox"/> Piel reseca | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Carcinoma de células escamosas (tipo de cáncer de piel) |

¿Usas protector solar? No Sí, ¿qué SPF?: _____
¿Se Broncea en un salón? No Sí, ¿cuándo fue?: _____

Historia Familiar

¿Algún Familiar se ve afectado por alguno de los siguientes?

Cáncer de piel:

- Carcinoma de células basales Carcinoma de células escamosas Melanoma

¿Qué pariente?: _____

Enfermedad autoinmune:

- Lupus Psoriasis Artritis reumatoide Enfermedad de la tiroides Otro _____

¿Qué pariente?: _____

- Adoptado, historia familiar desconocida

Medicamentos

Marque cualquiera de los siguientes que aplican y use las líneas para explicaciones:

<input type="checkbox"/> Aspirina (dosis: _____)	<input type="checkbox"/> Otros medicamentos recetados (nombres en IMPRESIÓN):		
<input type="checkbox"/> Coumadin/Warfarin	NOMBRE	DOSIS	xDIARIO
<input type="checkbox"/> Plavix	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otros anticoagulantes (lista):	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medicamentos que no son recetados/Vitaminas suplementos y dosificación:	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Alergias a Medicamentos

Marque cualquiera de los siguientes si es alérgico Y describa su reacción (POR FAVOR IMPRIMA):

- Lidocaína Epinefrina Penicilina Betadine / Yodo Sulfa

Reacción: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Codeína, morfina o narcóticos, reacción: | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos, (Nombre y Reacción): |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros medicamentos, (Nombre y Reacción): | <input type="checkbox"/> Cremas / Aceites, (Nombre y Reacción): |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Historia Social

¿Fumabas / Fumas? No Sí, _____ paquetes /día Cuanto años lleva fumando? _____ Comienzo: _____ Terminó: _____
¿Usas/ Usaba alcohol? No Sí, _____ bebidas / día
¿Usas cafeína? No Sí, _____ tazas / día

X

FIRMA DEL PACIENTE (O TUTOR LEGAL SI ES MENOR)

FECHA