



DERMATOLOGY
ASSOCIATES
of SAN ANTONIO

Informacion Del Paciente

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACII		POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE		
APELLIDO	NOMBRE	inicial del segundo nombre	FECHA	
SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINA	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO	
DIRECCION	APT #	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
RAZA/ETNICIDAD (REQUISITOS DEL GOBIERNO FEDERAL DIRECTRICES)				
<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIANO <input type="checkbox"/> AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO				
<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO O ISLAS DE PACIFICANO <input type="checkbox"/> OTRO _____				
# DE TELEFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO		# DE TELEFONO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO		
PACIENTE'S EMPLEADO		NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR		
<input type="checkbox"/> SI, ME GUSTARIA RECIBIR ACTUALIZACIONES POR CORREO ELECTRONICO DE OFICINA, EN RELACION CON LOS PRODUCTOS COSMETICOS O SERVICIOS				
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO _____				
CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?				
<input type="checkbox"/> PAGINAS AMARILLAS <input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO <input type="checkbox"/> REVISTA <input type="checkbox"/> MEDICO PRIMARIO <input type="checkbox"/> ANUNCIOS CARTELEROS				
<input type="checkbox"/> MEDICO REMITENTE: _____ <input type="checkbox"/> AMIGO/ MIEMBRO DE FAMILIA: _____ <input type="checkbox"/> OTRO _____				
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO POR FAVOR PRESENTE TARJETA(S) DE SEGURO Y UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTO A LA RECEPCIONISTA				
<input type="checkbox"/> POR FAVOR VERIFIQUE AQUÍ SI VA HACER PAGO PRIVADO (SIN COBERTURA DE SEGURO)				
SEGURO PRIMARIO:		SEGURO SECUNDARIO:		
PERSONA RESPONSIBLE		PERSONA RESPONSIBLE		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	
NUMERO ID DE POLIZA	GROUP#	NUMERO ID DE POLIZA	NUMERO DE GRUPO	
RELACIÓN CON PACIENTE <input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/GUARDIAN		RELACIÓN CON PACIENTE <input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/GUARDIAN		
EMPLEADO		EMPLEADO		
SEGUROS TERCIARIA		PERSONA RESPONSABLE		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		
NUMERO ID DE POLIZA		NUMERO DE GRUPO		
EMPLEADO		RELACIÓN CON PACIENTE: <input type="checkbox"/> MISMO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> PADRE/GUARDIAN		
CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA O REPRESENTANTE PERSONAL				
<input type="checkbox"/> SÍ, LA PRÁCTICA PUEDE DISCUTIR: <input type="checkbox"/> CONDICIÓN MÉDICA O TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> CITAS <input type="checkbox"/> RECETAS				
<input type="checkbox"/> FINANCIERO <input type="checkbox"/> PATOLOGÍA Y/O LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS CON LA SIGUIENTE PERSONA(S) _____				
COMPRENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH, SIDA, ATENCION PSIQUIATRICA, TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y/O ABUSO DE DROGAS O PRUEBAS GENÉTICAS INICIAL _____				
PORFAVOR INDIQUE LA PERSONA AUTORIZADA(S) ABAJO				
NOMBRE	RELACION		NUMERO DE TELEFONO	
NOMBRE	RELACION		NUMERO DE TELEFONO	

INFORMACION MEDICA

NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DE FARMACIA	NUMERO DE TELEFONO DE FARMACIA	MEDICO PRIMARIO	NUMERO DE TEL. DE MEDICO PRIMARIO

ES USTED ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? SI NO
 SI LA RESPUEST ES SI, LISTE LOS MEDICAMENTOS Y REACCION

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON O SIN RECETA QUE ESTA USANDO CORRIENTEMENTE

PERSONAL Y FAMILIAR HISTORIAL MÉDICO (ESPECIFICAR MIEMBRO DE LA FAMILIA)

CANCER DE PIEL	SI	NO	MISMO	FAMILIA		SI	NO	MISMO	FAMILIA
Queratosis Actinica					Enfermedades gastrointestinales				
Basocelular cáncer de piel					Presión arterial alta				
Melanoma maligno					Hiperlipidemia				
Células escamosas cáncer de piel					Enfermedad Hepática				
VHI/Sida					Lupus				
Hepatitis C					Trastorno Mental				
Otro					Esclerosis múltiple				
Asma					Psoriasis				
Fibrilación Auricular					Enfermedad Renal				
Coágulos de sangre					Rosácea				
Insuficiencia Cardíaca Congestiva					Convulsiones				
Depresión					Toman anticoagulantes				
Diabetes					Enfermedad de la Tiroides				
Eczema					Tuberculosis				

LISTE CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE SALUD

PARA MUJERES, ESTA EMBARAZADA? SI NO SI ES SI, CUANTAS SEMANAS? _____

USO DE TOBACCO SEGUIDO FORMAL NUNCA TIPO _____ CANTIDAD DIARIA _____

USO DE ALCOHOL SEGUIDO FORMAL NUNCA TIPO _____ CANTIDAD DIARIA _____

OPERACION ANTERIOR

TIPO _____ FECHA _____

TIPO _____ FECHA _____

LE HAN DADO SU VACUNA DE LA INFLUENZA EN EL 2016? YES NO SI ES SI, QUE MES/ANO? _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para el tratamiento y / o servicios por parte de proveedores de Dermatology Associates de San Antonio para incluir el examen, tratamiento, medicación de prescripción y productos para la piel. Si el paciente es menor de edad, y se presenta para su evaluación y / o tratamiento de un proveedor a esta práctica sin mí o un padre /guardian legales que lo acompaña (después de la visita inicial), por la presente doy mi permiso para evaluar y tratar al paciente.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo la divulgación de toda la información médica a mi compañía de seguro(s) o su representante(s), a los efectos necesarios en la adjudicación o el proceso de cualquier y todos los reclamaciones de seguro(s) presentada en mi nombre y para los cuales soy responsable. También autorizo la liberación de cualquier o toda la información a mi medico de atención primaria o médico remitente, y si es necesario para procesar las recetas.

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Autorizo a todos los beneficios del seguro se pagará al proveedor la prestación de servicios por cuenta de Dermatology Associates de San Antonio, entiendo el pago por los servicios profesionales, incluidos los co-pagos y deducibles y cuotas por servicios de estética, se deben al tiempo los servicios son rendidos. Reconozco que si mi plan de atención administrada se niega a cubrir un servicio por cualquier razón, se convierte en la única obligación de la paciente, los padres o gaurdianes legales para pagar en totalidad.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA): Reconozco que he recibido una copia de Dermatology Associates de San Antonio Aviso de prácticas de privacidad. Este documento se puede encontrar en el vestíbulo frente y está disponible en la recepción.

POLÍTICA DE CORREO ELECTRÓNICO: Dermatology Associates de San Antonio se suscribe en sí el principio de la privacidad del correo electrónico. Cualquier información facilitada será utilizada únicamente para la información solicitada y propósitos internos y no será vendida ni revelada a terceross.

FIRMA: _____ FECHA: _____