

Información Del Paciente

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE			
APPELLIDO	NOMBRE	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA/ETNICIDAD (REQUISITOS DEL GOBIERNO FED. DIR.)		
SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINA	ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SI, ME GUSTARIA RECIBIR INFORMACION ELECTRONICO EN RELACION DE PRODUCTOS O SERVICIOS. DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO _____			
DIRECCION	APT #	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		
# 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		Numero de Licencia De Conducir		
CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?						
<input type="checkbox"/> AMIGO/ MIEMBRO DE FAMILIA:		<input type="checkbox"/> GOOGLE	<input type="checkbox"/> FERIA DE LA SALUD	<input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO	<input type="checkbox"/> SIGNO EXTERIOR	<input type="checkbox"/> NUESTRA PAGINA DE WEB
<input type="checkbox"/> MEDIA SOCIAL		<input type="checkbox"/> YELP	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> REFERENCIA DEL MÉDICO _____		
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"/> NO, NO 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		
COMPRENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH, SIDA, ATENCION PSIQUIATRICA, TRATAMIENTO						
PORFAVOR INDIQUE LA PERSONA AUTORIZADA(S) ABAJO						
NOMBRE		RELACION	NUMERO DE TELEFONO			
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			
INFORMACION MEDICA						
MEDICO PRIMARIO		NUMERO DE TEL. DE MEDICO PRIMARIO				
ES USTED ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
SI LA RESPUESTA ES SI, LISTE LOS MEDICAMENTOS Y REACCION						
LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS CON O SIN RECETA QUE ESTA USANDO CORRIENTEMENTE						
HISTORIA PERSONAL						
Cancer de la piel	Asma	Fallo cardíaco congestivo	Esclerosis múltiple			
Sarpullidos	Fibrilación Auricular	Enfermedades gastrointestinales	Desórdenes de convulsiones			
VIH/Sida	Coágulos de sangre	Presión alta	Enfermedad de la Tiroides			
Hepatitis C	Diabetes	Enfermedad del hígado	Tomando anticoagulantes			
Tuberculosis	Depresión	Enfermedades del riñón				
INDIQUE CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE SALUD. PUEDE USAR EL REVERSO.						
SE HA VACUNADO CONTRA LA GRIPE?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ES ASÍ, EN QUÉ MES Y DÍA? _____ (NO OFRECEMOS TIRO, SÓLO PARA NUESTROS REGISTROS)			
PARA MUJERES: ESTA EMBARAZADA?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI ES SI, CUANTAS SEMANAS? _____			
USO DE TOBACCO	<input type="checkbox"/> SEGUIDO	<input type="checkbox"/> FORMAL <input type="checkbox"/> NUNCA				
USO DE ALCOHOL	<input type="checkbox"/> SEGUIDO	<input type="checkbox"/> FORMAL <input type="checkbox"/> NUNCA				
OPERACION ANTERIOR						
TIPO _____			FECHA _____			
TIPO _____			FECHA _____			

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR: Si el paciente es menor de edad y se presenta para ser evaluado y / o tratado por un proveedor en esta práctica sin mí o un padre / tutor legal acompañante (después de la visita inicial), doy mi permiso para evaluar y tratar al paciente.

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 acompañan (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 reclamos 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 médico de atención primaria o médico remitente, y si es necesario para procesar las recetas.

ASIGNACIÓN 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 guardianes 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.

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Por la presente doy mi consentimiento para que mi elegibilidad para medicamentos e historial se tomen electrónicamente y se agreguen a mi expediente.

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 terceros.

POLÍTICA DE MEDICAID : Debido a una regulación federal, dado que no somos proveedores de Medicaid, no podemos tratar a ningún paciente que esté inscrito en ningún plan de Medicaid, ya sea como primario o secundario. Los pacientes inscritos en Medicaid no pueden renunciar a la cobertura y pagar en privado.

He leído, comprendido y aceptado lo anterior. La información que he proporcionado es verdadera y completa a mi mejor entender.

FIRMA: _____

FECHA: _____