



# FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por favor, rellene ambos lados de este formulario con tinta y firme donde se indique.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente

(apellido, primer nombre, inicial seg. n.) \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seg. social N°. \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección postal: Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Tel. hogar ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Móvi: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ (Nunca divulgaremos su correo electrónico sin su permiso por escrito.)

Médico de at. primaria: \_\_\_\_\_ Médico especialista: \_\_\_\_\_

### PADRE, MADRE, ESPOSO(A) O PERSONA RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)

Nombre (ap., primer, inicial seg.) \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seg. social N°. \_\_\_\_\_ Gender: M F

Dirección postal: Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Tel. hogar ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Móvi: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

### COBERTURA DE SEGURO - PRIMARIA

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (asegurado) \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el asegurado: Yo Espos(a) Hijo(a) Otro \_\_\_\_\_

### COBERTURA DE SEGURO - SECUNDARIA (SI ES APLICABLE)

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (asegurado) \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el asegurado: Yo Espos(a) Hijo(a) Otro \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Aparte de usted, ¿con quién podemos discutir su información médica?

(Por favor, proporcione el nombre de la persona y su relación con usted).

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o familiar: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel. del hogar: \_\_\_\_\_

Tel. móvil: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN LEGAL

**Cesión de beneficios:** La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a Epiphany Dermatology y sus compañías relacionadas. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo. También autorizo a Epiphany Dermatology, sus compañías relacionadas o la compañía de seguros, a divulgar la información médica necesaria para procesar los reclamos.

**Notificación de prácticas de privacidad:** He leído o se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Epiphany Dermatology (NPP), que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Autorizo la divulgación de la información médica sobre mi persona que sea necesaria para proporcionar atención y facturar en mi nombre. Entiendo que tengo derecho a una copia de la NPP. Autorizo que se guarden en mi historial médico fotografías de mi mismo y de las áreas de interés clínico.

**Autorizaciones:** Autorizo el tratamiento médico de la persona nombrada arriba y me comprometo a pagar todos los honorarios y cargos por dicho tratamiento. Entiendo que el tratamiento médico puede incluir una revisión de la historia clínica, la discusión de la razón de la visita y fotografías médicas del área bajo estudio. Autorizo a Epiphany Dermatology y a sus compañías relacionadas a revelar información completa sobre las conclusiones médicas y el tratamiento del abajo firmante, desde la visita inicial al consultorio hasta la fecha de la conclusión de dicho tratamiento, a aquellas personas que, según la determinación de Epiphany Dermatology, deban recibir dicha información para fines de tratamiento médico, garantía de calidad médica, revisión por pares y, si corresponde, para procesar la reclamación del seguro por los servicios prestados en Epiphany Dermatology.

**Responsabilidad financiera:** Los beneficios del seguro médico se verifican como cortesía y son sólo una estimación. La responsabilidad final del paciente se basa en la explicación de beneficios (EOB) del seguro una vez procesada la reclamación.

**Consentimiento para comunicaciones:** Entiendo que Epiphany Dermatology enviará recordatorios de citas e información sobre servicios por teléfono, correo electrónico y/o mensaje de texto en base a la información de contacto que he proporcionado. Entiendo que tendré la opción de elegir no recibir futuros recordatorios por texto o correo electrónico.

**Política de pago:** El pago se debe realizar en el momento del servicio, lo que incluye copagos y saldo anterior adeudado. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados en mi nombre, o en el de mis dependientes, menos cualquier cantidad pagada por el seguro a Epiphany Dermatology y sus compañías relacionadas.

**Política de citas tardías o perdidas:** Si no puede acudir a su cita, requerimos un aviso de cancelación con 24 horas de antelación. Las citas perdidas están sujetas a un cargo por ausencia (incluyendo cirugía y cosméticos) ya que las citas perdidas impiden que otros pacientes vean a nuestros proveedores de manera oportuna. Consulte la política sobre citas tardías o perdidas para conocer las tarifas.

**Legal:** Este formulario rige para Epiphany Dermatology y sus empresas relacionadas.

**Derechos del paciente:** He leído o me han ofrecido una copia de los Derechos del Paciente de Epiphany Dermatology.

Documento de derechos del paciente:      Recibido      Rechazado

## FIRMA

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

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



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Razón de la visita, localización del problema, duración del problema: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS PREVIOS: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA). SI NO TIENE ANTECEDENTES, POR FAVOR MARQUE NINGUNO.**

- |                                     |                                  |                           |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Alergias (estacionales)             | Reemplazo de la válvula cardíaca | Lumpectomía               |
| Asma                                | Presión arterial alta            | Lupus /                   |
| Trastorno hemorrágico (o sangrados) | Colesterol alto                  | Artritis reumatoide       |
| Cáncer _____                        | VIH/SIDA                         | Mastectomía               |
| Bypass de la arteria coronaria      | Reemplazo de articulaciones      | Trasplante de órganos     |
| Depresión                           | Trasplante de riñón              | Enfermedad de la tiroides |
| Diabetes                            | Enfermedad hepática              | NINGUNO                   |
| Herpes bucal                        |                                  |                           |

**¿TIENE ANTECEDENTES DE CÁNCER DE PIEL O TRASTORNOS DE LA PIEL?**

(Ejemplos: acné, queratosis actínica, células basales, melanoma, psoriasis, células escamosas) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique la condición o el trastorno: \_\_\_\_\_

**¿ALGÚN FAMILIAR CON CÁNCER DE PIEL INCLUIDO MELANOMA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

De ser así, quién: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** (Indique todos los medicamentos que toma, lo que incluye de venta sin receta y anticonceptivos; si no toma, marque N/A)

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** (Por favor, introduzca todas las alergias, lo que incluye alergia a los medicamentos; si no tiene ninguna, marque N/A)

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES**

¿Fuma? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si fuma, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Si bebe, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

- |                            |                                   |                              |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Problemas de hemorragia    | Problemas de cicatrices/queloides | Sudores nocturnos            |
| Problemas de cicatrización | Fiebre o escalofríos              | Pérdida de peso involuntaria |
|                            |                                   | Dolor en las articulaciones  |

**ALERTAS: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA. SI NINGUNA OPCIÓN APLICA, POR FAVOR MARQUE NINGUNO)**

- |  |  |
|--|--|
| Alergia a los adhesivos                | Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM o MRSA) |
| Alergia a la lidocaína                 | Marcapasos   |
| Alergia a los antibióticos tópicos     | Requiere antibióticos antes de un procedimiento quirúrgico     |
| Válvula cardíaca artificial            | Ritmo cardíaco rápido con epinefrina                           |
| Reemplazo artificial de articulaciones | ¿Está embarazada o tratando de quedar embarazada?              |
| Diluyentes de la sangre                | Lactancia  |
| Desfibrilador                          | NINGUNO  |

**FARMACIA PREFERIDA**

Nombre de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono (si lo sabe): \_\_\_\_\_

Dirección (o cruce de calles): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_