

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por favor, rellene los campos en con tinta y firme donde se le indique.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha ____/____/____

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial seg. nombre) _____

Nombre preferido _____ Fecha de nac. ____/____/____

Seguro Social N.º _____ Sexo: M F

Dirección postal:

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. hogar (____) _____ Móvil (____) _____

Correo Electrónico _____

(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)

Fecha ____/____/____

Nombre (apellido, primer nombre, inicial seg. nombre) _____

Fecha de nac. ____/____/____ Seguro Social N.º _____ Sexo: M F

Dirección postal:

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. hogar (____) _____ Móvil (____) _____

Correo Electrónico _____

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: _____

Teléfono móvil: _____

INFORMACIÓN LEGAL

Cesión de beneficios: La información proporcionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo el pago directo de los beneficios de mi seguro a Epiphany Dermatology y sus empresas afiliadas. Comprendo que soy responsable del pago de cualquier saldo pendiente. Además, autorizo a Epiphany Dermatology, a sus empresas afiliadas y a la aseguradora a divulgar la información de salud que sea necesaria para el procesamiento de los reclamos.

Aviso de prácticas de privacidad: Reconozco que se me ha proporcionado u ofrecido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad (Joint Notice of Privacy Practices) de Epiphany Dermatology, en el cual se describe de qué manera se puede utilizar y divulgar mi información de salud protegida y cómo puedo acceder a dicha información. Comprendo que Epiphany Dermatology se reserva el derecho de modificar su Aviso de prácticas de privacidad y que yo podría recibir una copia actualizada cuando la solicite o al visitar el sitio web de Epiphany Dermatology.

Autorizaciones: Autorizo el tratamiento médico de la persona nombrada anteriormente y acepto pagar todos los cargos y tarifas relacionados con dicho tratamiento. Comprendo que el tratamiento médico podría incluir una revisión de mi historial clínico, una conversación sobre el motivo de la consulta y fotografías médicas de la zona del cuerpo en cuestión. Autorizo a Epiphany Dermatology y a sus compañías afiliadas a divulgar la totalidad de la información relacionada con las conclusiones médicas y el tratamiento de quien suscribe, desde la primera consulta hasta la fecha de finalización del tratamiento, a aquellas personas que, a criterio de Epiphany Dermatology, tengan que recibir tal información con fines relacionados con el tratamiento médico, el proceso de aseguramiento de la calidad médica, la revisión externa por especialistas y, si corresponde, para procesar el reclamo de seguro por los servicios prestados en las instalaciones de Epiphany Dermatology.

Responsabilidad de pago: Los beneficios del seguro médico se verifican a modo de cortesía y solo son una estimación. La responsabilidad final del paciente se basará en la explicación de la aseguradora respecto de los beneficios una vez que se haya procesado el reclamo.

Consentimiento para la comunicación: Comprendo que Epiphany Dermatology enviará recordatorios de las citas e información sobre los servicios por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto en función de la información de contacto que yo le haya proporcionado. Comprendo que tendré la oportunidad de optar por no recibir futuros recordatorios por mensaje de texto o correo electrónico.

Política de pago: El pago, incluidos los copagos y saldos pendientes anteriores, debe efectuarse en el momento en que se presta el servicio. Comprendo que soy responsable de todos los cargos correspondientes a los servicios prestados a mi persona o a mis dependientes, salvo cualquier monto pagado por la aseguradora a Epiphany Dermatology y sus compañías afiliadas.

Política de retrasos o inasistencias a citas: Si no podrá asistir a la cita acordada, requerimos un aviso de cancelación con 24 horas de antelación. Si no se presenta a una cita, se aplicará un cargo por no presentación (que incluye prestaciones quirúrgicas y estéticas), dado que las inasistencias a una cita impiden que otros pacientes consulten a nuestros prestadores de manera oportuna. Si desea conocer los cargos aplicables, consulte nuestra Política de retrasos o inasistencias a citas (*Late or Missed Appointment Policy*).

Aspectos legales: Este formulario se aplica a Epiphany Dermatology y sus compañías afiliadas (instalaciones clínicas de Epiphany Dermatology y empresa matriz, de conformidad con un Acuerdo Organizado de Atención Médica (OHCA) en virtud de lo permitido por la ley HIPAA).

<https://epiphanydermatology.com/NPP-OHCA.pdf>

Solo para los pacientes de Arizona: He leído o me ofrecieron una copia de la Declaración de los derechos de los pacientes de Epiphany Dermatology (*Epiphany Dermatology Patient Rights statement*).

Recepción del documento de derechos de los pacientes:

Recibido

Rechazado

FIRMA

Firma del paciente o tutor: _____

Fecha: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS Y FORMULARIO DE ADMISIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Fecha de nac. ____/____/____

Razón de la visita y localización/duración del problema _____

ANTECEDENTES DE SALUD (Marque todo lo que corresponda. Si no aplica, marque "NINGUNO")

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Alergias (estacionales) | ☐ Herpes labial | ☐ Enfermedad hepática |
| ☐ Asma | ☐ Reemplazo de válvula cardíaca | ☐ Lumpectomía |
| ☐ Trastorno hemorrágico (o problema de hemorragias) | ☐ Hipertensión arterial | ☐ Lupus/artritis reumatoide |
| ☐ Cáncer: _____ | ☐ Colesterol alto | ☐ Mastectomía |
| ☐ Bypass coronario | ☐ VIH/SIDA | ☐ Trasplante de órganos |
| ☐ Depresión | ☐ Reemplazo de articulación | ☐ Enfermedad tiroidea |
| ☐ Diabetes | ☐ Trasplante renal | ☐ NINGUNO |

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

(Por ejemplo: acné, queratosis actínica, carcinoma basocelular, melanoma, psoriasis, carcinoma espinocelular)

Sí _____ No _____

Si la respuesta es "Sí", indique la afección o el trastorno: _____

¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE PIEL, INCLUIDO MELANOMA? Sí _____ No _____

Si la respuesta es "Sí", cuál es el grado de parentesco _____

MEDICAMENTOS: (Ingrese todos los medicamentos que utiliza actualmente, lo que incluye de venta sin receta y anti-conceptivos. Si no utiliza medicamentos, escriba "N/A")

ALERGIAS: (Indique todas las alergias, incluidas las alergias a medicamentos. Si no tiene ninguna, escriba "N/A")

¿Fuma? Sí _____ No _____ Si respondió "Sí", ¿cuánto? _____

¿Bebe alcohol? Sí _____ No _____ Si respondió "Sí", ¿cuánto? _____

ANAMNESIS SISTEMÁTICA: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Problemas de hemorragias | ☐ Problemas de cicatrización patológica/queloide cicatricial | ☐ Pérdida de peso involuntaria |
| ☐ Problemas de cicatrización | ☐ Fiebre o escalofríos | ☐ Dolor articular |
| ☐ Sudores nocturnos | | |

ALERTAS: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA. SI NO APLICA, MARQUE "NINGUNA")

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Alergia al pegamento | ☐ Anticoagulantes | ☐ Taquicardia con el uso de epinefrina |
| ☐ Alergia a la lidocaína | ☐ Desfibrilador | ☐ Embarazada o buscando un embarazo |
| ☐ Alergia a los antibióticos de uso local | ☐ SARM (MRSA) | ☐ En periodo de lactancia |
| ☐ Válvula cardíaca artificial | ☐ Marcapasos | ☐ NINGUNO |
| ☐ Prótesis articular | ☐ Requiere antibióticos antes de una intervención quirúrgica | |

FARMACIA DE PREFERENCIA

Nombre de la farmacia de preferencia _____ Teléfono (si lo sabe) (_____) _____

Dirección (o cruce de calles) _____ Ciudad _____