



**Shenandoah
Dermatology P.C.**

Información del paciente
Por favor imprimir

Nombre: _____ Edad: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Sexo: M F (Circule) Fecha de nacimiento: _____ *Número de seguro social: _____

Persona responsable de esta cuenta: _____

Dirección de envió: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono Principal: _____ Número de teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____

**EN CASO DE QUE LA DIRECCION DE ENVIO SEA UNA OFICINA POSTAL FAVOR DE ANOTAR UNA DIRECCION DE ENVIO
HABITACIONAL**

Dirección de envió Habitacional: _____

Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

Doctor de referencia: _____

(Por favor marque)

Estado Civil: Soletero/Casado/Viudo/Divorciado/Separado

Situación Laboral: Tiempo Completo/Medio Tiempo/Desempleado/Trabajador Independiente/Retirado

Situación Estudiantil: Tiempo Completo/Medio Tiempo/No soy estudiante

Compañía de Seguros: 1) _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

Compañía de Seguros: 2) _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del empleador del paciente/Custodio legal: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

*En caso de que el paciente sea menor de edad el familiar o custodio legal tiene que proveer su número de Seguro Social y firma.



A menos de que se hubiera acordado diferente, todos los pacientes son responsables del pago el día de su consulta (ya sea el pago completo de la consulta pagando con fondos propios o pagando la parte proporcional correspondiente junto con su compañía de seguro). El uso de seguro es cargado a su cuenta como un servicio. Por este acto entiendo que todos los cargos no pagados por mi compañía de seguro permanecen siendo mi responsabilidad de liquidar. El personal del consultorio esta disponible para discutir cualquier posible dificultad con relación al pago de la consulta.

POLITICA DE CANCELACION

En caso de cancelar una consulta programada es necesario notificar al personal de esta oficina a través de una notificación con 24 horas de anticipación. En caso de NO notificar al personal de esta oficina en el tiempo estipulado y el paciente no se presenta a la cita este será sujeto a un cargo de \$50.00.

En caso de que el paciente en dos ocasiones no se presente a su cita además del cargo mencionado en el párrafo anterior estará en riesgo de no tener la posibilidad de ser tratado por Shenandoah Dermatology.

Por favor tener en cuenta la siguiente información:

- Entiendo que independientemente de la cobertura de mi seguro entiendo que soy responsable del pago de los honorarios incurridos. En caso de ser necesario autorizo la divulgación de mi información medica requerida para el inicio de una reclamación a mi compañía de seguros y/o para completar Planes de Tratamiento/Revisiones requeridas por mi compañía de seguro o por empresas de atención medica administrada.
- Autorizo que el pago por parte de mi compañía de seguro sea hecho directamente a Shenandoah Dermatology.
- Entiendo que yo soy responsable de obtener pre-autorización por parte de mi seguro en caso de ser necesario. Acepto la responsabilidad de pagar en caso de que dicha autorización no sea obtenida.
- Entiendo que el consultorio puede realizar cargos a mi cuenta en caso de no haber cancelado mi cita con una anticipación de 24 horas. Estos cargos no son cubiertos por compañías de seguros.
- Entiendo que las facturas mensuales enviadas deben ser pagadas al momento de ser recibidas. Salvo pacto en contrario todas las facturas no pagadas serán entregadas a agencias de cobro. Si mi cuenta es asignada a una agencia de cobro, en este acto acepto pagar todos los gastos de cobro, incluyendo \$30 de comisión de cobro, gastos de corte y honorarios de abogados.
- En este acto autorizo a Shenandoah Dermatology de contactarme por teléfono a cualquier numero asociado con mi cuenta. Otros tipo de comunicación pueden ser mensajes de voz por grabaciones automáticas y/o el uso de dispositivos de marcación automática.

Política de HIPAA

Además de las políticas anteriores, he leído y revisado una copia de la política de privacidad HIPAA y puedo revisar una copia si lo solicito.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

**si el paciente es menor de edad, el custodio/guardián legal debe firmar*

Firma: _____ Fecha: _____

En este acto doy mi permiso a Shenandoah Dermatology de revelar mi información medica personal acerca de mi tratamiento a los siguientes individuos: (Ejemplo: Esposa, pariente/custodio legal, amigo, etc.)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pariente/Custodio legal: _____

El paciente/custodio legal que se ha hecho responsable ha leído y entendido la siguiente declaración:

Doy autorización por escrito a Shenandoah Dermatology, P.C. y a sus médicos para tomar decisiones medicas y tratar a mi hijo, mencionado anteriormente en caso de que yo el pariente/custodio legal no pueda estar presente en todas las consultas programadas.

Entiendo que yo u otro pariente/custodio legal tiene que estar presente para la primera consulta del menor de edad. Doy permiso a los siguiente mayores de edad de acompañar a mi hijo y de autorizar tratamiento médicos en subsiguientes consultas de acuerdo a las políticas de Shenandoah Dermatology:

Nombre: _____ Relación con el menor de edad: _____

Nombre: _____ Relación con el menor de edad: _____

Nombre: _____ Relación con el menor de edad: _____

En caso de que las personas mencionadas anteriormente traigan al menor de edad estas deberán proveer el historial de la presente molestia/enfermedad del menor de edad, deberán revelar información medica protegida, deberán traer el historial de estudios realizados al menor, y deberán estar presentes durante la examinación física del menor de edad realizada por Shenandoah Dermatology. Esta persona también tendrá la responsabilidad de comunicar todo diagnostico, tratamiento, plan o prescripción al pariente/custodio legal mencionado con anterioridad. Soy consciente y acepto estar disponible por teléfono y de ser responsable financieramente de cualquier pago.

Acepto que este consentimiento firmado será valido hasta que el menor de edad cumpla 18 años, o al momento de que este consentimiento sea retirado por escrito.

Certifico que he leído y entiendo el presente consentimiento.

Firma: _____

Fecha: _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO Y FORMULARIO DE ADMISIÓN

Historial Médico (Circule cualquiera que aplique)

NINGUNA

Ansiedad

Articulaciones artificiales

Asma

Fibrilación Atrial

Trasplante de medula – Año:

Cáncer de Mama

Cáncer de Colon

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Enfermedad de la Arteria Coronaria

Depresión

Diabetes

Enfermedad del Riñón

Reflujo Gastroesofágico

Desfibrilador

Historial de Tuberculosis

Enfermedad del Hígado

Pérdida de Audición

Hepatitis- Tipo:

Hipertensión

Tiroides Hiperactiva

Tiroides Hipoactiva

Leucemia

Cáncer de Pulmón

Linfoma

Marcapasos

Cáncer de Próstata

Tratamiento de Radiación

Convulsiones

Infarto

Reemplazo de válvulas cardiacas

Diálisis de Riñón

Poliquistosis ovárica

Otro: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Circule cualquiera que aplique):

NINGUNA

Apéndice extirpado

Carcinoma de células basales

Reemplazo de Rodilla Derecho, Izquierdo, o ambos

Cirugía de colon

Bypass de la arteria coronaria

Extirpado de la vesícula biliar

Reemplazo de válvulas cardiacas

Trasplante de Corazón

Reemplazo de Cadera Derecha o Izquierda

Histerectomía

Extracción del Útero

Otro: _____

Extracción del Riñón

Trasplante de Riñón Derecho o Izquierdo

Tumorectomía Derecho, Izquierdo, o ambos

Mastectomía

Melanoma

Extracción de Ovarios

Esplenectomía

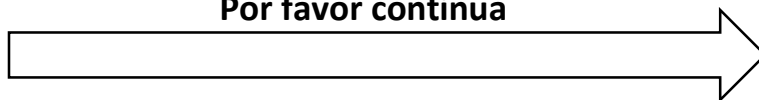
Carcinoma de células escamosas

Extracción de Testículo Derecho o Izquierdo

Ligadura de Trompas

Resección transuretral de la próstata

Por favor continua





Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Utiliza Protector solar? Si No

Si usa protector solar, lo que fuerza?: _____

Alguna vez ha utilizado camas de bronceado: Si No

Fuma o consume algún producto que contenga tabaco? Sí No

Con que frecuencia? _____

Consumo bebidas alcohólicas? Si No

Con que frecuencia? _____

Historial de Enfermedades de piel (Circule cualquiera que aplique)

Acné

Queratosis actínica

Asma

Carcinoma de células basales – Año:

Ampollas por quemaduras de Sol

Piel Seca

Eczema

Fiebre de Heno/ Rinitis alérgica

Melanoma - Año:

Erupción cutánea por hiedra

Lunares anormales

Psoriasis

Carcinoma de células escamosas - Año:

Ninguna

Favor de circular la que mejor describa su piel cuando es expuesta al sol:

- I. Siempre me quemo y nunca me bronceo
- II. Fácilmente me quemo y me bronceo mal
- III. Me quemo moderadamente en un principio, pero luego solo me bronceo.
- IV. Me quemo ligeramente en un principio, pero luego solo me bronceo.
- V. Rara vez me quemo y fácilmente me bronceo
- VI. Nunca me quemo y siempre me bronceo.

Historial médico familiar (Madre, Padre, Hermanos, hijos)

Melanoma: _____

Diabetes: _____

Cáncer de mama: _____

Lupus: _____

Poliquistosis ovárica: _____

Acné severo: _____

Cáncer de piel (No melanoma): _____

Artritis Reumatoide: _____