



DERMATOLOGY CENTER  
OF THE PALM BEACHES

---

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Información del paciente (Por favor, escriba con letra clara)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ Sex:  Masculino  Femenino

Direccion de envio: \_\_\_\_\_  
direccion \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado \_\_\_\_\_ codigo postal \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: (      ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (      ) \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: (      ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Padres o tutores (si la paciente es menor de edad)

Madre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Guardian: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

Relacion con la paciente: \_\_\_\_\_

**Suscriptor del Seguro (si no es la paciente)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\*\*\*Presente sus tarjetas de seguro y una identificación con fotografía a la recepcionista junto con este formulario completo, gracias. \*\*\*



DERMATOLOGY CENTER  
OF THE PALM BEACHES

Contacto de emergencia y Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Tienes alguno de los siguientes?**

	Y	N		Y	N
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de melanoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién? _____			□ celula basal	<input type="checkbox"/>	melanoma
			□ Celula escamosa	<input type="checkbox"/>	otra
			□ No estoy Segura de que tipo		

Cirugia mayor (por favor enumere):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemas médicos importantes:

	Y	N		Y	N
Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperplasia prostática benigna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Virus de la inmunodeficiencia humana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno depresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad inflamatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trasplante de médula ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si tiene antecedentes de acné, eczema o psoriasis, qué medicamentos ha utilizado? \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales (recetados, sin receta, suplementos) \*\*\* OMITIRLOS SI TRAJO UNA LISTA DE RECETAS \*\*\***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No recetados, sin receta, suplementos

**Alergias (Medicamentos, alimentos, etc.) \*\*\* ENUMERE EL ELEMENTO Y DESCRIBA LA REACCIÓN QUE TIENE\*\*\***

\_\_\_\_\_

No alergias

**Historia Social**

Consumo de tabaco:  Actual       Anterior       Nunca

Tiene un apoderado de atención médica (i.e, alguien que puede tomar decisiones en su nombre)?  Yes  No  
En caso afirmativo, cuál es su nombre y número de teléfono? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones que puede afectar la forma en cómo lo cuidamos?

	Y	N		Y	N
Desmayos con procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo o planificación del embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**¿Cuál es el motivo de su visita hoy?**

\_\_\_\_\_

¿Otro médico lo refirió por esto? Yes  No

En caso afirmativo, ¿cómo se llama El Doctor? \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPAA

Nuestro aviso de la Ley de Prácticas de Privacidad Proporciona información sobre cómo usamos y divulgamos su información de salud protegida. El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos realizado basándose en su consentimiento previo. La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que su información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La práctica tiene un Aviso de prácticas de privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso. La práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad. El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesará toda divulgación futura. La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

**DERECHOS DE DIVULGACIÓN DE LOS PACIENTES:** En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de información de salud. El individuo también tiene el derecho de solicitar la comunicación confidencial de información de salud realizada por medios alternativos. No se garantiza que la comunicación con la práctica mediante correo electrónico, fax y teléfono celular sea segura o confidencial. Si estos métodos se inician a continuación, renunció a la obligación de la práctica de garantizar la confidencialidad. También entiendo que el correo electrónico y el fax no son medios apropiados de comunicación o emergencias.

### Excepción de autorización de comunicación

¿Cómo te gustaría ser contactado por nosotros?

Yo, \_\_\_\_\_, (nombre y apellido del paciente) deseo ser contactado de la siguiente manera:

**(Marque la casilla y escriba sus iniciales en TODOS los métodos de contacto preferenciales)**

Casa # \_\_\_\_\_ Esta bien dejar un mensaje \_\_\_\_\_ Dejar un mensaje con el numero de devolución de llamada únicamente

Número de celular # \_\_\_\_\_ Esta bien dejar un mensaje \_\_\_\_\_ Dejar un mensaje con el numero de devolución de llamada únicamente

Work # \_\_\_\_\_ Esta bien dejar un mensaje \_\_\_\_\_ Dejar un mensaje con el numero de devolución de llamada únicamente

**Fecha de nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

**Inicial:** \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas: (por favor escriba los nombres claramente)

**Nombre**

**Relación**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre del paciente o nombre del tutor (en letra de imprenta)**

**Firma & Date**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## \*\*USTED ES RESPONSABLE DE SU PÓLIZA DE SEGURO\*\*

Debido a los muchos cambios en las pólizas de seguro, no podemos ser responsables de interpretar cada póliza individual.. **Es responsabilidad del paciente comprender su cobertura individual y sus limitaciones, así como los proveedores aceptados por el plan.** Le recomendamos que consulte con su compañía de seguros acerca de sus beneficios porque el incumplimiento podría resultar en que usted, el paciente, sea responsable de todos los costos incurridos.

**Las pólizas de seguro son un contrato entre el paciente y la aseguradora. Es responsabilidad del paciente saber qué proveedores pertenecen a su red específica.**

**Responsabilidad financiera:** Los pacientes son financieramente responsables de todos los cargos, ya sea que los pague su seguro por todos los servicios prestados en su nombre o en el de sus dependientes.

**Pago:** Todos los copagos, coaseguros, deducibles y saldos de cuenta deben pagarse al momento del servicio..

**Saldos:** Los saldos pendientes por más de 90 días estarán sujetos a cargos de cobranza (a cargo del paciente) y podrán ser remitidos a una agencia de cobranza.

**Referencias/Autorizaciones:** Si la póliza de seguro médico del paciente requiere una referencia/autorización, es responsabilidad del paciente obtenerla antes de la cita programada. La mayoría de los seguros médicos niegan las consultas de bienestar para dermatólogos.

**Tarifas de laboratorio:** Tenga en cuenta que todas las muestras (biopsia, cultivos, etc.) se enviarán a un laboratorio independiente para su procesamiento y es posible que reciba una factura por separado de ese laboratorio.

**INICIAL:** \_\_\_\_\_

**Política de cheques devueltos:** Se cobrará una tarifa de \$50 por cada cheque devuelto (sujeto a cambios).

Certifico que toda la información del seguro que he proporcionado es correcta y actual. Autorizo al Centro de Dermatología de Palm Beaches a brindar la atención médica que considere necesaria. Autorizo la divulgación de cualquier información médica solicitada por mi aseguradora para procesar las reclamaciones. Entiendo que soy personalmente responsable de todos los honorarios, incluyendo deducibles, copagos y coaseguros, incurridos por los servicios prestados a mi médico o a mis dependientes. Autorizo que el pago de las prestaciones del seguro pagadas en mi nombre se realice directamente al Centro de Dermatología de Palm Beaches. Autorizo al Centro de Dermatología de Palm Beaches a divulgar información médica a terceros o a sus agentes.

Certifico que he leído este formulario en su totalidad y que cumpliré con las políticas anteriores.

Nombre del paciente impreso: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (u otra persona legalmente autorizada): \_\_\_\_\_