



Bienvenido a Accredited Dermatology!
www.accrediteddermatology.com

INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DEL SEGURO

<p>Fecha de nacimiento _____</p> <hr/> <p>Nombre MI Apellido</p> <hr/> <p>Ciudad, Estado, Código Postal Seguro Social #</p> <p>Teléfono de la casa: _____ Celular: _____</p> <p>Genero: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> EMAIL: _____</p> <p>Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otro</p> <p>Nombre del Esposo/a: _____ Teléfono: _____</p> <p>Nombre en caso de Emergencia: _____ Teléfono: _____</p> <p>Nombre de su Doctor Primario _____ Teléfono _____</p> <p>Nombre de su EmpleadorR: _____ Teléfono _____</p> <p>Yo autorizo el pago directo a ACCREDITED DERMATOLOGY, por todos los beneficios de seguro, por los servicios realizados. Yo entiendo que soy responsable por los cargos que sean o no cubiertos por mi seguro y por todos los servicios prestados a mi y a mis dependientes. Yo autorizo al Doctor y/o a cualquier proveedor de servicios de esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de los servicios rendidos. Yo autorizo el uso de esta firma para toda la información suministrada a mi seguro.</p> <p>X _____ FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE FECHA</p>	<p align="center"><u>SEGURO PRIMARIO</u></p> <p>Nombre del seguro: _____</p> <p>Dirección del seguro: _____</p> <p>Identificación del seguro: _____ grupo: _____</p> <p>Nombre del garanteor: _____ fecha de nacimiento _____ Dirección del garanteor: _____ Seguro social del garanteor: _____ teléfono _____</p> <p>Relación al paciente <input type="checkbox"/> uno mismo <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> otro</p> <hr/> <p align="center"><u>SEGURO SECUNDARIO</u></p> <p>Nombre del seguro: _____</p> <p>Dirección del seguro: _____</p> <p>Identificación del seguro: _____ grupo: _____</p> <p>Nombre del garanteor: _____ fecha de nacimiento _____ Dirección del garanteor: _____ Seguro social del garanteor: _____ telefono _____</p> <p>Relacion al paciente <input type="checkbox"/> uno mismo <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> otro</p> <p align="center">COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA?</p> <p><input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> PAGINAS AMARILLAS <input type="checkbox"/> GUIA AMARILLA <input type="checkbox"/> DOCTOR <input type="checkbox"/> PROPAGANDA <input type="checkbox"/> OTRO PACIENTE <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO WEBSITE</p>
--	--

NOBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ CHART: _____

CUAL ES LA RAZON DE SU VISITA HOY? _____

CUANDO FUE SU ULTIMO EXAMEN FISICO? _____

ESTA USTED ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO MEDICO? _____ POR FAVOR DESCRIBI _____

A TENIDO USTED ALGUNA VEZ UNA ENFERMEDAD SERIA O ALGUNA OPERACION? SI NO

PORFAVOR DESCRIBA _____

ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGUN MEDICAMENTO? SI NO DESCRIBA _____

NOMBRE DE SU FARMACIA _____ DIRECCION _____ TELEFONO _____

HA TENIDO USTED ALGUNA ALERGIA O REACCION A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS

IMPORTANTE

- | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ANESTECIA LOCAL (EJ NOVOCAINA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> BARBITURICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ASPIRINA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> EPINEPHRINE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> NARCOTICOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> LATEX |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PENICILINA U OTRO ANTIBIOTICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> YODO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |

A PADECIDO O PADECE DE ALGO DE LOS SIGUIENTE

SI	NO	SI	NO	SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ANEMIA (BAJA CUENTA DE SANGRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMA DEL HIGADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ANOREXIA (NO APETITO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BAJA PRECION SANGUINEA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ARTRITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RESPIRACION ENTRECORTADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MIGRANIA (DOLORES DE CABEZA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LA NARIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MULTIPLE ESCLEROSIS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LA ESPALDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PICAZON DE LA PIEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PNEUMONIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TENDENCIA A SANGRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COLOR AMARILLO DE LA PIEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> POLIO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LA SANGRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VALVULA MITRAL PROLAPSADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE LA PROSTATA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS PARASITARIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CUIDADO PSIQUIATRICO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADICION A LAS DROGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EMBOLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> QUIMOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMA DE LA THYROIDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FIEBRE REUMATICA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VARICELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SOPLO AL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AMIGDALAS (TONSILITIS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FATIGA CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DEL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CIRCULATORIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HEPATITIS TIPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENFERMEDADES VENEREAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LESION CONGENITA DEL CORAZON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HERNIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ULCERAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PAPERAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PERSISTENTE TOSER O SANGRAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HERPES	ALGUNA OTRA CONDICION _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ALTA PRECION SANGUINEA	_____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIDA	_____	

ACCREDITED DERMATOLOGY

Consentimiento Paciente para uso y Revalacion de Informacion de Salud Protegida

Consentimiento del paciente para el uso en confidencialidad de la información protegida de salud (PHI).

Doy mi consentimiento a, ACCREDITED DERMATOLOGY para usar en confidencialidad mi información de salud (PHI) para realizar tratamientos, cobros, operaciones de cuidado de salud (TPO).

Por favor refiera a ACCREDITED DERMATOLOGY notas de practica privadas, para una completa descripción y confidencialidad.

Yo tengo el dercho de revisar la notas de práctica privada antes de firmar este consentimiento. ACCREDITED DERMATOLOGY se reserva el derecho de revisar esta noticia de Práctica de cualquier momento. Una revision de esta Nota puede ser obtenida dirigiendo una carta soliciatando a:

PRIVACY OFFICER ACCREDITED DERMATOLOGY
PO. BOX 4979 TOMS RIVER NJ 08754-4979

Bajo mi consentimiento, ACCREDITED DERMATOLOGY puede llamar o enviar una carta a mi casa, u otra ubicación alternativa y dejar mensaje con otra persona designada, para asistir en la información de mi cuidado de salud como: visitas al Doctor, recordatorios de citas, información al paciente, resultados de exámenes, etc.

Yo tengo el derecho de solicitar a ACCREDITED DERMATOLOGY restringir el uno confidencial de mi (PHI) y de mi (TPO). De cualquier manera, esta práctica no requiere estar de acuerdo con mi solicitud de restricción, pero de no ser de esta manera, este sera respaldado por este acuerdo. Firmando esta forma, yo consiento que ACCREDITED DERMATOLOGY el uso confidencial de mi (PHI) para llevar mi (TPO).

Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, acepto por el tratamiento que ya ha sido administrado en dependencia de mi anterior consentimiento. Si yo no firmo este consentimieto. ACCREDITED DERMATOLOGY puede rechazar el suministro de cualquier tipo de tratamiento.

Nombre del Guardian

Firma del Paciente o Guardian

Nombre del Paciente

Fecha