



Bienvenido a Accredited Dermatology!

www.accrediteddermatology.com

INFORMACION DEL PACIENTE

INFORMACION DEL SEGURO

Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ MI _____ Apellido _____

Direccion Nombre De La Calle Numero _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Seguro Social # _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Genero:
Hombre Mujer EMAIL: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otro _____

Nombre del Esposo/a: _____ Teléfono: _____

Nombre en caso de Emergencia: _____
Teléfono: _____

Nombre de su Doctor Primario _____
Teléfono _____

Nombre de su EmpleadoR: _____ Teléfono _____

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.

X _____
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE FECHA

SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro: _____

Dirección del seguro: _____

Identificación del seguro: _____ grupo: _____

Nombre del garante: _____

fecha de nacimiento _____

Dirección del garante: _____

Seguro social del garante: _____ teléfono _____

Relación al paciente uno mismo esposo/a niño otro

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro: _____

Dirección del seguro: _____

Identificación del seguro: _____ grupo: _____

Nombre del garante: _____

fecha de nacimiento _____

Dirección del garante: _____

Seguro social del garante: _____ telefono _____

Relacion al paciente uno mismo esposo/a niño otro

COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA?

INTERNET PAGINAS AMARILLAS GUIA AMARILLA DOCTOR
 PROPAGANDA OTRO PACIENTE PERIÓDICO SEGURO MEDICO WEBSITE

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"/> 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"/> DEPRESION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIDA		

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el resultado no puede ser garantizado o asegurado. Me doy cuenta de que hay demasiadas variables que pueden afectar los resultados de mi tratamiento. Entiendo que todos los tratamientos prestados se aceptan las normas de atención para enfermedades para las que he presentado, Entiendo que mi proveedor no ofrece ninguna garantía (expresa o implícita) de que estas medidas dará lugar a un resultado positivo. Estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a Accredited Dermatology y sus los empleados de una acción legal o cualquier responsabilidad, costos o gastos que surjan de cualquier reclamo.

Además, se entiende que cualquier biopy tomada por esta práctica puede ser enviado a los laboratorios IMAR LAB y / o laboratorios de DIANON dictamen adicional manchas o segunda opinios. Me doy cuenta de la importancia de garantizar un diagnóstico definitivo y recibir el tratamiento adecuado.

Se entiende si surgen cargos adicionales se anadiran a mi cuenta o se podran facturar cargos extra si se requiere un analisis superior o segunda opinion

X

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

FECHA

ACCREDITED DERMATOLOGY

Consentimiento Paciente para uso y Revaluacion 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 consentimiento. ACCREDITED DERMATOLOGY puede rechazar el suministro de cualquier tipo de tratamiento.

Nombre del Guardian

Firma del Paciente o Guardian