



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
SSN: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: M / F / OTRO
Teléfono primario (preferido): _____ (Móvil/Casa/Trabajo)
Teléfono Secundario: _____ (Móvil/Casa/Trabajo)
Correo electrónico: _____
Contacto de emergencia: _____
Numero de Telefono: _____ Relación: _____
Medico primario: _____ Telefono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Compania de seguro: _____
Direccion: _____
Telefono: _____
Número de identificación: _____ Grupo: _____

ASEGURADO PRINCIPAL (si es diferente del paciente)

Nombre de la persona responsable: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____ Género: M / F
Dirección: _____
Teléfono primario: _____ Teléfono secundario: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEO

Compania: _____
Direccion: _____

Si Usted Tiene Un Seguro Adicional Por Favor Llene La Siguiete Información

Compañía de aseguradora secundaria: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____
Número de identidad: _____ Número de grupo: _____
Nombre del beneficiario: _____
Fecha de Nacimiento: _____

CHOICE DERMATOLOGY®

Historia Médica (por favor haga un círculo a la condición médica que tenga)

Ansiedad	GERD
Enfermedad de arterias coronarias	Linfoma
Colesterol Alto	Trasplante de médula ósea
Artritis	Pérdida Auditiva
Depresión	Cancer de prostata
Hiper o hipotiroidismo	Cancer de pecho
Asma	Hepatitis
Diabetes	Terapia de radiación
Leucemia	Cáncer de colon
Arritmia: latidos irregulares del corazón	Presión Alta
Enfermedad Renal	Epilepsia
Cáncer de pulmón	Derrame cerebral
BPH	HIV / SIDA
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Otras Condiciones: _____

Historia quirúrgica (por favor Haga un círculo a todo lo que aplique)

Biopsia de riñón	Corazón: Cirugía de bypass arterias coronarias
Extracción de la Apendice	Biopsia de próstata
Extracción de riñon (derecho, izquierdo,)	Cirugía de carcinoma de células basales
Extracción de la vejiga urinaria	Corazón: PTCA
Extracción de piedras en los riñones	Corazon: Reemplazo de Válvulas (mecánicas/biológicas)
Mastectomía (derecho, izquierda, bilateral)	Cirugía de células escamosas
Trasplante de riñón Biopsia del pecho (derecho, izquierda, bilateral)	Corazon: Transplante
Endometriosis/ovarios extraídos	Reemplazo de articulación: rodilla (derecha, izquierda, bilateral)
Reducción de pecho	Cirugía de melanoma
Quiste extraído de los ovarios	Reemplazo de articulación: Cadera (derecha, izquierda, bilateral)
Implante de pecho Ovarios extraídos/cáncer de ovarios	Extracción del bazo
Resección de cáncer de colon	Utero/Histerectomia: Fibromas
Extracción de la próstata	Utero/Histerectomia: Cancer de utero
Colostomla: IBD	Reemplazo de articulación en los últimos 2 años
Biopsia de la prostata	
Extracción de la vesícula biliar	
Próstata: TURP	

Otras Cirugías: _____

CHOICE DERMATOLOGY®

Tienes alguna de las siguientes condiciones de piel (por favor haga un círculo a todo lo que aplique)

Acné	Psoriasis	Ampollas o quemaduras del sol
Piel seca	Picor y escamas en el cuero cabelludo	Lunares precancerosos
Queratosis Actínica	Cáncer de células escamosas	Melanoma
Alergias		Hiedra venenosa
Eczema		
Cancer de celulas basales		

¿Usted usa bloqueador solar? Sí / No, en caso afirmativo, qué número SPF _____

¿Se broncea en un salón de bronceado? Si / No

En su familia, alguien tiene historia de melanoma? Sí / No en caso afirmativo, cuál pariente? _____

Medicamentos (por favor haga una lista con todos los medicamentos que usa incluyendo vitaminas, suplementos, remedios herbales, medicamentos con o sin prescripción por favor escribe los miligramos ejemplo: aspirina, ibuprofeno)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vacunas: Por favor escribe las fechas (o "no sé") de sus vacunas más recientes para:
Influenza: _____ Neumonía: _____ Tétanos: _____ COVID19 _____

Alergias de alimentos y medicamentos incluyendo lidocaína y látex (por favor especifique las reacciones)

Farmacia y ubicación: _____

Historia social (por favor haga un círculo en lo que aplique)

Consumo de alcohol:

No consumo alcohol

Menos de 1 bebida al día

1-2 bebidas diarias

3 + bebidas por día

Consumo de tabaco

Nunca he fumado

Actualmente fuma diario si/ no

He fumado en el pasado



RECONOCIMIENTO de prácticas de privacidad y acceso electrónico

Una copia escaneada de esta autorización será considerada tan válida como la original. Esta autorización podrá ser revocada por mí en escrito.

1. Las prácticas de privacidad y liberación de mi información de salud protegida

Puedo negarme a firmar este documento He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de opción Dermatología LLC Por la presente autorizo al médico para liberar cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a mi médico o a mi compañía de seguros, información necesaria para determinar los beneficios.

2. Autorización para pagar los beneficios al médico

Por el presente yo asigno pagos directamente al médico por los beneficios quirúrgicos o médicos. Entiendo que soy responsable por los cargos no cubiertos por el Seguro médico.

3. Política de cancelacion

Entiendo que si cancelo o cambio mi cita antes de 24 horas me van a cobrar \$25.00

Firma del paciente o los padres si el paciente es menor de edad Fecha

4. Acceso registro médico electrónico

Soy consciente de que se me asignará una cuenta con acceso electrónico a mi expediente médico. La práctica me proporcionará un nombre de usuario y contraseña bajo petición

Firma del paciente o los padres si el paciente es menor de edad Fecha

Opcional: **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A MIS TERCEROS DESIGNADOS**

La siguiente persona(s) puede recibir información médica en mi nombre y/o sobre mi:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del tercero Relación con el paciente Firma del paciente

Para uso de la oficina solamente: Hemos intentado obtener el consentimiento del paciente por escrito sobre nuestras prácticas de privacidad, pero el consentimiento no se pudo obtener porque:

CHOICE DERMATOLOGY®

_____ El paciente se negó a firmar.

_____ Barreras de comunicación prohíben obtener el consentimiento.

**Opcional: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A MIS
TERCEROS DESIGNADOS**

Yo, _____, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s)
a recibir información médica en mi nombre y/o sobre mí:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del tercero

Relación con el paciente

Firma del paciente

Para uso de la oficina solamente: Hemos intentado obtener el consentimiento del paciente por escrito sobre nuestras prácticas de privacidad, pero el consentimiento no se pudo obtener porque:

_____ El paciente se negó a firmar.

_____ Barreras de comunicación prohíben obtener el consentimiento.