



DERMATOLOGY | AESTHETICS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono principal: _____ ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo

Teléfono secundario: _____ ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ **Número de teléfono:** _____

Parentesco: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

ASEGURADO PRINCIPAL (si es diferente del paciente)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

Dirección: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

SEGURO ADICIONAL (si corresponde)

Compañía de seguros secundaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____

¿Tiene usted un representante legal para la toma de decisiones médicas?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre y fecha de nacimiento? _____

¿Tiene usted un testamento vital? _____



DERMATOLOGY | AESTHETICS

Historial médico

Historial quirúrgico

¿Tiene antecedentes de alguna de las siguientes afecciones cutáneas? (marque todas las que correspondan)

☐ Carcinoma basocelular

☐ Melanoma

☐ Lunares precancerosos

☐ Carcinoma de células escamosas

☐ Otro (especifique): _____

¿Usa protector solar a diario? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué FPS? _____

¿Utiliza camas de bronceado? ☐ Sí ☐ No

¿Algún miembro de su familia tiene antecedentes de melanoma? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué familiar? _____

Medicamentos

(Enumere todos los medicamentos que toma, incluyendo vitaminas, suplementos, remedios herbales y medicamentos con o sin receta.) Incluya la dosis:

Alergias a alimentos y medicamentos, incluyendo lidocaína y látex (especifique las reacciones):

Farmacia de preferencia y ubicación:



DERMATOLOGY | AESTHETICS

Vacunas (para pacientes de 9 a 13 años):

¿Ha recibido el paciente la vacuna meningocócica? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Ha recibido el paciente la vacuna Tdap? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Ha recibido el paciente al menos dos dosis de la vacuna contra el VPH? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Consumo de tabaco (marque la opción que corresponda):

☐ Nunca fumó ☐ Fumador actual ☐ Exfumador

Si actualmente fuma, ¿fuma a diario? ☐ Sí ☐ No

Años fumando: _____

Consumo de alcohol:

☐ Diario ☐ Semanal ☐ Nunca

Consumo de drogas:

¿Actualmente consume alguna droga ilícita? _____

En caso afirmativo, enumérelas: _____

AUTORIZACIONES OPCIONALES

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:

Autorizo a Choice Dermatology a divulgar mi información médica a las siguientes personas designadas:

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Doy mi consentimiento para que se pongan en contacto conmigo en relación con citas, resultados y comunicaciones administrativas.

Método de comunicación preferido: ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto (SMS) ☐ Correo electrónico

Al firmar a continuación, reconozco y acepto las políticas mencionadas anteriormente.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____



DERMATOLOGY | AESTHETICS

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EL ACCESO ELECTRÓNICO Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL CONSULTORIO

Una copia escaneada de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Esta autorización puede ser revocada por mí por escrito en cualquier momento.

1. PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Choice Dermatology LLC.

Entiendo que puedo negarme a firmar este acuse de recibo.

Autorizo al médico a divulgar cualquier información obtenida durante mi examen o tratamiento a mi médico remitente, al personal de facturación y/o a mi compañía de seguros, según sea necesario para determinar los beneficios y procesar las reclamaciones.

2. AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO

Por la presente, cedo directamente al médico el pago de los beneficios quirúrgicos y/o médicos que, en su caso, me corresponderían por los servicios prestados, sin exceder el monto que le adeudo al médico por dichos servicios. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos no cubiertos por el seguro.

3. DERECHOS DEL PACIENTE

Los pacientes tienen derecho a recibir una atención respetuosa, considerada y confidencial, a estar plenamente informados sobre su afección y las opciones de tratamiento, y a tomar decisiones con respecto a su atención, incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento.

4. POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Se requiere un depósito al momento de la reserva:

- Servicios de menos de \$400: depósito de \$50
- Servicios de \$400 o más: depósito de \$100

Se debe mantener una tarjeta de crédito válida registrada.

Si una cita se cancela o se reprograma dentro de las 48 horas previas a la hora programada, se perderá el depósito.

Si una cita se cancela o se reprograma dentro de las 24 horas previas, o si el paciente no se presenta:

- Servicios de menos de \$400: se cobrará el 50 % del precio del servicio (se aplica el depósito)
- Servicios de \$400 o más: se cobrará una tarifa total de cancelación de \$300 (se aplica el depósito)

5. VERIFICACIÓN DEL SEGURO

Es su responsabilidad proporcionar información de seguro actualizada y notificarnos cualquier cambio en su cobertura.

Usted es responsable de todos los cargos incurridos. Si no proporciona información de seguro precisa y esto resulta en la denegación de reclamaciones, se aplicarán cargos a su cuenta, incluyendo una tarifa administrativa de \$25 por seguro inactivo o cancelado.

6. COBRANZAS

Si no realiza algún pago adeudado a Choice Dermatology, nos reservamos el derecho de remitir su cuenta a una agencia de cobranza externa. Usted será responsable de todos los costos asociados con la cobranza, incluyendo una tarifa administrativa de \$35.

7. ACCESO AL HISTORIAL MÉDICO ELECTRÓNICO

Entiendo que se me asignará acceso a un portal de historial médico electrónico. La información de inicio de sesión se me proporcionará por correo electrónico o en documentación impresa.

8. REMISIONES

Muchas compañías de seguros requieren una remisión de su médico de atención primaria. Es su responsabilidad obtener cualquier remisión necesaria antes de su visita.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto las políticas mencionadas anteriormente.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____