

AFFILIATED DERMATOLOGISTS**HOJA DE INFORMACION DEL PACIENTE**

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA IMPRENTA

NUMERO DE IDENTIFICACION PACIENTE: _____

POR FAVOR USE NOMBRE OFICIAL - NO USE SOBRENOMBRES

Seleccione una opcion : Sr. Sra. Sñrta. Dr. Otro : _____

SEGURO SOCIAL # : _____

X

APELLIDO	SUFIJO (Jr.Sr.III,ETC.)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DE SOLTERO(A)
----------	-------------------------	--------	----------------	----------------------

X

DIRECCION / CALLE	APT.#	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
-------------------	-------	--------	--------	---------------

SEXO M F		ESTADO CIVIL S M W D		FECHA NACIMIENTO	TELEFONO / CASA	TELEFONO / CELULAR
NOMBRE DEL EMPLEADOR		DIRECCION DEL EMPLEADOR			TELEFONO DE TRABAJO / EXTENSION	
CONTACTO DE EMERGENCIA		TELEFONO #			ESTADO DE EMPLEO (Marque una) <input type="checkbox"/> Empleado Actualmente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique)	
RELACION :		REFERIDO POR :				
NOMBRE Y DIRECCION DE SU MEDICO PRIMARIO O DEL MEDICO QUE LE REFIRIO :						

INFORMACION DE SU SEGURO DE SALUD

TIENE CUBRIMIENTO DE SEGURO DE SALUD ?	SI	NO	(Marque Una)
RELACION CON EL SUBSCRIPTOR DEL SEGURO :	MISMO	ESPOSO	HIJO OTRO : _____
DIRECCION DEL SUBSCRIPTOR (SI ES DIFERENTE DE SU ACTUAL DIRECCION)		TELEFONO	

SEGURO DE SALUD PRINCIPAL :

NOMBRE COMPANIA DE SEGURO Y DIRECCION	NUMERO DE POLIZA	GRUPO NUMERO	FECHA EFECTIVA
NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR (TITULAR DE LA POLIZA)	SOCIAL SECURITY # DEL TITULAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR	
EMPLEADOR DEL SUBSCRIPTOR	TELEFONO Y EXTENSION DEL SUBSCRIPTOR		

SEGURO DE SALUD SECUNDARIO :

NOMBRE COMPANIA DE SEGURO Y DIRECCION	NUMERO DE POLIZA	GRUPO NUMERO	FECHA EFECTIVA
NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR (TITULAR DE LA POLIZA)	SOCIAL SECURITY # DEL TITULAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR	
EMPLEADOR DEL SUBSCRIPTOR	TELEFONO Y EXTENSION DEL SUBSCRIPTOR		

***** FAVOR COMPLETAR AMBOS LADOS DE LA FORMA *****

HISTORIA MEDICA PERSONAL

ALERGIAS A MEDICAMENTOS : _____

OTRAS ALERGIAS : _____

TIENE ALGUN HISTORIAL DE

	SI	NO		SI	NO
DIABETIS	_____	_____	ULCERA	_____	_____
TUBERCULOSIS	_____	_____	PRESION ALTA	_____	_____
FIEBRE REUMATICA	_____	_____	PROBLEMAS CARDIACOS	_____	_____
DOLOR EN ARTICULACIONES	_____	_____	ENFERMEDAD DEL HIGADO	_____	_____
PROTESIS	_____	_____	ESTA EMBARAZADA	_____	_____
ENFERMEDAD DE RIÑON	_____	_____	PROBLEMAS DE COAGULACION / SANGRAMIENTO	_____	_____

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ESTA TOMANDO ASPIRINA, VITAMINA E. FLUIDIFICADOR DE SANGRE ?

HA TENIDO HEPATITIS	SI	NO	TIPO : _____
HA TENIDO ALGUN TIPO DE TRANSPLANTE	SI	NO	_____
HA TENIDO ALGUNA FORMA DE CANCER	SI	NO	TIPO : _____
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA. HA TENIDO TRATAMIENTO DE QUIMO O RADIACION?	SI	NO	DATE : _____
HA TENIDO USTED O SU FAMILIA HISTORIAL DE MELANOMA MALIGNO	SI	NO	QUIEN : _____
HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LA PIEL ANTERIORMENTE ?	_____		

HAGA UNA LISTA DE LAS ADMISIONES HOSPITALARIAS , (INCLUYENDO PARTO) _____

LISTE LOS MEDICAMENTOS Y LA DOSIS QUE ESTA TOMANDO ACTUALMENTE : (ORAL, CREMAS TOPICAS, LOCIONES, PILDORAS DE CONTROL NATAL O PRODUCTOS TALES COMO ASPIRINA, ADVIL VITAMINAS O MEDICAMENTOS NATURALES)

LISTE LAS ENFERMEDADES QUE PADECE ACTUALMENTE / CONDICION MEDICA : _____

OTRA INFORMACION RELACIONADA CON SU SALUD QUE CREE QUE EL DR. DEBE SABER : _____

RAZON(ES) DE SU VISITA HOY : _____

Pacientes con seguros medicos de Managed Care/PPO/HMO/POS o pacientes de Medicare : Yo asumo responsabilidad por cualquier servicio que no este cubierto por mi referral (si tal forma es requerida por mi plan); cualquier servicio que sea de naturaleza cosmetica y/o no cubierto por mi seguro; cualquier visita por la cual no haya presentado o traído el referral requerido en el dia de servicio, o que definitivamente no sea cubierto por mi plan de salud

Autorizo beneficio de pago por parte de mi seguro principal, secundario y/o plan Medigap a este proveedor.

Me hago responsable de pagar por todos los servicios cosmeticos no cubiertos en el dia en que me sean suministrados.

Entiendo que soy responsable de cualquier tipo de deducible, co-pago o co-aseguramiento designado por mi plan estan bajo mi responsabilidad.

Por medio del presente, acepto pagar a Affiliated Dermatologists and Dermatologic Surgeons, P.A., y/o Affiliated Ambulatory Surgery, P.C., el valor total de todas y cada una de las cuentas por servicios prestados al paciente arriba mencionado que no sean cubiertas por mi seguro.

Por medio del presente autorizo revelar la informacion necesaria para reclamar el pago a mi asegurador y/o cualquier compañía de seguros involucrada en el cuidado de mi salud.

Una Copia de esta firma es tan valida como la original.

Por medio del presente autorizo la evaluacion y tratamiento del paciente menor de edad arriba mencionado(a), hoy y en futuras visitas.

X _____
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR (REQUERIDA)

FECHA DE HOY

*** USTED DEBE TENER AL MENOS 18 AÑOS PARA FIRMAR ESTA FORMA ***