

MEDICAL HISTORY

Nombre: _____ Altura: _____ Peso: _____ Fecha: _____

¿Cuál es la razón principal de su visita de hoy? _____

Farmacia preferida: _____

Historial médico pasado: Verifique sí o no

Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal en etapa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Linfoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GERD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trasplante de médula ósea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EPOC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Golpe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de las arterias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reemplazo de válvulas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Demencia/Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Otro: _____	

Antecedentes quirúrgicos pasados

Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Antecedentes familiares: Verifique sí o no

Trastornos autoinmunes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros tipos de cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad endocrina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Melanoma maligno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historial social: Marque Sí o No

¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dejar de fumar: ex fumador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fuma menos que al día	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fuma diariamente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nunca fumó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consumo de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uso de drogas intravenosas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Consumo de alcohol

<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Menos de una bebida
<input type="checkbox"/> 1-2 bebidas al día
<input type="checkbox"/> 3 o más bebidas por día

Historial de enfermedades de la piel: Verifique sí o no

Acné	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Queratosis actínica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de piel de células basales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quemaduras solares con	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Descamación o picazón en el	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre del heno/alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Melanoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Lunar precanceroso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de piel de células	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Psoriasis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Eccema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Piel seca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro: _____	

Historial de fotodaños: Compruebe sí o no

Exposición excesiva al sol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Uso de la cama de bronceado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quemaduras solares de moderadas a graves	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usas protector solar?	
<input type="checkbox"/> Diario	
<input type="checkbox"/> Siempre soleado	
<input type="checkbox"/> Raramente/nunca	

Pacientes femeninas: ¿Estás embarazada Sí No

Revisión de Sistemas: Compruebe Sí o No

Condiciones actuales de la piel	
Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Llagas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones nuevas o cambiantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Picazón/ardor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Condiciones constitucionales actuales	
Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escalofríos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Medicamentos actuales: Nombres

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Alergias a medicamentos: nombres, reacción (erupción, náuseas, etc.)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

1. **Consentimiento para el tratamiento:** Doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios médicos y de atención médica que pueden incluir exámenes, procedimientos de diagnóstico y tratamientos. Si el paciente es menor de 18 años, doy permiso para que el paciente reciba atención de seguimiento de los médicos y el personal de Premier Dermatology PLLC en mi ausencia.
2. **Asignación de beneficios:** Autorizo a mi compañía de seguros a realizar el pago directo al proveedor de servicios para la profesión de beneficios de gastos médicos permitidos bajo mi póliza de seguro actual. Es decir, mi compañía de seguros hará un pago directo a Premier Dermatology por los servicios prestados en lugar de a mí mismo.
3. **Responsabilidad financiera:** Acepto pagar todos los cargos por servicios médicos u otros servicios no cubiertos por mi compañía de seguros. Además, entiendo que soy responsable de todos los honorarios de cobranza, tribunales de reclamos menores y / o abogados necesarios para cobrar esta deuda, según la Política Financiera.
4. **Cargos externos de laboratorio:** En el caso de que me hagan una biopsia de piel, doy mi consentimiento para que mi biopsia se envíe al patólogo que mi médico determine más apropiado para llegar a un diagnóstico preciso de mi afección. Entiendo que esto puede incurrir en una segunda factura del patólogo que interpreta mi patología. Este también puede ser el caso de ciertas otras pruebas de laboratorio de rutina que mi médico puede ordenar para hacer un diagnóstico médico preciso.
5. **Consentimiento hipaa:** La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) es una ley federal que rige el uso y la divulgación de la información de salud de una persona. Las siguientes declaraciones cubren los conceptos básicos de sus derechos como paciente bajo HIPAA.
 - La información de salud protegida puede divulgarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
 - Premier Dermatology tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso. Para obtener una copia del aviso, pregunte al personal de la oficina. Premier Dermatology se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
 - El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información de salud protegida, pero Premier Dermatology no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.
 - El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
 - Premier Dermatology puede ofrecer o rechazar el tratamiento basado en la ejecución de este consentimiento.

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

1. Familia y amigos

Es política de la oficina de Premier Dermatology y The Skin Renewal Center no divulgar información médica confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, excepto para

- padre/tutor legal
- otras personas autorizadas por el paciente
- como podamos inferir razonablemente de las circunstancias (por ejemplo, si trae a un familiar o amigo a la sala de examen, asumiremos, a menos que se oponga, que esa persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento)
- en situaciones de emergencia
- según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)

Si anticipa que necesitará o querrá que su información médica se proporcione a familiares, amigos o cuidadores / niñeras, indíquelo a continuación, para que podamos servirle mejor. Si no desea que se proporcione su información médica a un miembro de la familia, verifique la línea junto a la respuesta "no". Al firmar a continuación, usted autoriza a las siguientes personas a recibir información sobre su tratamiento o atención. (Si desea agregar nombres más adelante, confirme esto por escrito o llame a nuestro personal).

	Sí	No
Esposo _____	_____	_____
Padre _____	_____	_____
Otro _____	_____	_____
_____	_____	_____

2. Comunicaciones alternativas

También tiene derecho a especificar un medio de comunicación alternativo y razonable si no desea que nos pongamos en contacto con nosotros de cierta manera.

Por la presente solicito los siguientes medios de contacto solamente: _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE PREMIER DERMATOLOGY

Un objetivo principal en Premier es proporcionar un servicio hábil y oportuno para todos los pacientes. Para ello, requerimos que las citas individuales se cancelen con un mínimo de 24 horas de anticipación o se considerará una cita no presentada. Gracias de antemano por su cooperación.

POLÍTICA FINANCIERA DE PREMIER DERMATOLOGY (A partir de febrero de 2021)

1. Todos los pacientes deben completar el formulario de registro de pacientes de Premier Dermatology y el historial médico, firmar la página de Consentimientos, así como proporcionar una tarjeta de seguro (si corresponde) y una identificación con foto antes de que se presten los servicios de la clínica.
2. Los pacientes son responsables del pago:
 - Para los pacientes médicos cosméticos y de autopago, el **PAGO COMPLETO** se debe realizar en el momento del servicio.
 - Para los servicios de esteticista y masajes, las citas deben asegurarse con una tarjeta de crédito activa o crédito Open House existente en el momento de la reserva. Si el servicio reservado se considera un no-show, el valor estimado del servicio se cargará a la cuenta proporcionada.
 - Para los pacientes médicos con seguro, se debe pagar un copago y / o coseguro en el momento del servicio, incluido el deducible no cumplido.
 - Para los pagos realizados con una tarjeta de crédito, cualquier pago en exceso se reembolsará a esa tarjeta.
 - Todos los cargos no pagados por el seguro son debidos por el paciente.
 - El dinero a cuenta para servicios cosméticos también se puede utilizar para el pago de facturas médicas.
3. Se puede cobrar **un depósito no reembolsable** en el momento de la reserva para citas seleccionadas. Si el paciente acude a la cita, se aplicará el depósito al servicio y se reembolsará cualquier excedente.
 - Visita de cirugía estética - \$500
 - Visita al consultorio de cosméticos - \$ 150 (cobrado si el paciente tiene al menos 2 no presentaciones o cancelaciones el mismo día)
 - Visita de cirugía de Mohs - \$ 1,000 (cobrado si el paciente tiene al menos 2 no presentaciones o cancelaciones el mismo día)
 - Visita al consultorio médico - \$ 150 (cobrado si el paciente tiene al menos 2 no presentaciones o cancelaciones el mismo día)
4. Los planes de pago para citas médicas están disponibles a pedido para saldos grandes y **deben ser firmados por el paciente y asegurados con una tarjeta de crédito para ser cargados mensualmente.**
5. Los saldos de pacientes que se extienden más allá de 180 días pueden ser evaluados con un cargo financiero del 1% por mes.
6. Los esfuerzos de cobro de los saldos vencidos incluirán tarifas impuestas al paciente. Las tarifas serán del 35% del saldo pendiente si se envían a una agencia de cobro que también informará a las agencias de crédito. Si se envía a la corte de reclamos menores, las tarifas serán de \$ 118 más la tarifa de embargo.

AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Las tarjetas de crédito que aceptamos se procesan a través de Elavon y cumplen con el Estándar de Seguridad de Datos de la Industria de Tarjetas de Pago (PCI-DSS) cuyo propósito es proteger los datos de la tarjeta. Como tal, nuestro sistema no almacena la información completa de su tarjeta, y nuestros empleados no tienen acceso a nada más que los últimos cuatro dígitos de la tarjeta. Premier Dermatology, PLLC y The Skin Renewal Center en Premier Dermatology, PLLC tienen Certificados de Cumplimiento disponibles para su revisión como nuestro compromiso con el proceso de PCI-DSS.

Con mi firma, certifico que he leído las cinco secciones anteriores, acepto las declaraciones anteriores y me han dado una copia de la Política Financiera y política de privacidad / HIPAA de Premier Dermatology (o he leído las políticas en línea).

Nombre impreso del paciente o parte responsable: _____

Firma: _____

Fecha: _____