



Información Para Paciente Nuevo

Información del Paciente

<u>Nombre</u> Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____		
<u>Dirección</u> Calle _____ _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____		
<u>Info. Personal</u> Teléfono: () _____ - _____ Trabajo: () _____ - _____ Cell: () _____ - _____ Correo electrónico: _____		
<u>Personal Info</u> Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): ____ / ____ / _____ Sex: Masculino__ Femenino__ # Social _____ - _____ - _____ Raza: Indio Americano Asiatico__ Negro__ Isleño del Pacífico__ Otro__ Rehusó Contestar__ Etnicidad: Hispano__ No-Hispano__ Rehusó Contestar__ Lenguaje: Inglés__ Español__ Otro: _____		

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: () _____ - _____ Cell: () _____ - _____
--

Información del Trabajo

Empleado: _____ Status: Desempleado__ Tiempo Completo__ Medio Tiempo__ Retirado__ Desconocido__ Teléfono de Trabajo: () _____ - _____ Extensión _____

Información de Seguro

	<i>Primario</i>	<i>Secundario</i>	<i>Adicional</i>
Nombre de Seguro			
Poseedor de Seguro			
Relación al Asegurado			
Numero de Poliza			
Numero de Grupo			

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ SuperBill# _____

Dr. que la/o refirio _____

CHECK-IN _____

Razón por su visita: _____

Donde (ubicación)? _____ Por cuánto tiempo? _____

Síntomas (COMPROBAR): Nuno ___ Picor ___ Ardor ___ Doloroso ___ Empeorar ___ Mejorar ___

Severidad: No perceptible ___ Intenso ___ Moderar ___ Leve ___

Duración de los síntomas: Presente todo el tiempo ___ Viene y va ___ Rara vez ocurre ___

Como se ha tratado? _____

Otras condiciones de la piel: _____

Medicamentos topicos usados en la piel: _____

Repaso del Sistema: ¿Ha experimentado RECIENTEMENTE las siguientes? MARQUE X

Const: ___ pérdida de peso	___ aumento de peso	___ fiebre	___ escalofrios
Ojos: ___ cambios en su visión	___ pérdida de visión		
ENT: ___ llagas en boca o labios	___ ampollas en boca o labios	___ sordera	
CV: ___ palpitación	___ dolor en pecho		
Resp: ___ tos severa	___ falta de respiración		
GI: ___ nausea o vomito	___ cambios en el intestino (diarrea/constipación)		
GU: ___ dolor al orinar	___ sangre en la orina		
M/S: ___ dolor muscular	___ dolor el las articulaciones		
Piel: ___ bolas en los músculos o piel	___ cambio de cabello o uñas		
Neuro: ___ pérdida de memoria	___ cambio en su visión	___ pérdida de visión	___ pérdida del equilibrio

Historial Medica / Problemas Inactivo: POR FAVOR CIRCULE UNO

Presión Alta	Sí No	Anemia	Sí No	Problemas del estómago o intestino	Sí No
Enfermedad de corazón	Sí No	Infeción del VIH	Sí No	Pérdida de peso	Sí No
Marcapasos cardiaco	Sí No	Asimientos o epilepsia	Sí No	Asthma o problemas de pulmones	Sí No
Murmullo del corazón	Sí No	Terapia de radiación	Sí No	Historia de cáncer en la piel	Sí No
Diabetes	Sí No	Tratamiento de luz ultravioleta	Sí No	Problemas de la vejiga/riñones	Sí No
Enfermedad del hígado o hepatitis	Sí No	Cáncer	Sí No	Otras:	

Historial Quirúrgica: POR FAVOR CIRCULE UNO

Marcapasos o Defibrillador?	Sí No	Marco Si, Cuando? _____ y cuál? _____	Marcapasos Defibrillador
Válvula artificial del Corazón/Stent cardíaco	Sí No	Marco Si, Cuando? _____ y cuál? _____	Válvula artificial Stent
Reemplazos de columna artificial	Sí No	Marco Si, Cuando? _____	
Anticoagulantes.	Sí No	Marco Si, cuál? Coumadin Aspirina Plavix Otra.	
Prolapso de la Válvula Mitral/Endocarditis	Sí No	Marco Si, Cuando? _____ y cuál? _____	Prolapso Endocarditis
¿Alergias a anestésicos inyectados?	Sí No	Marco Si, Cuando? _____	

¿Usted necesita antibióticos antes de un procedimiento quirúrgico o dental ? **Sí No**

Medicamentos: Por favor escriba todos sus medicamentos _____

Alergias: De una lista de sus alergias (incluya medicamentos) _____

Historia Familiar: Algún miembro familiar con historia de cánceres en al piel o otras enfermedades de piel _____

Consumo Alcohol: Nada Ocasional Amenudo

Historia Social: _____
(por favor escribe su ocupación) _____

FUMA? Nunca ___ Algunos días ___ Todos los días ___ Abandonado ___ Desconocido ___

¿Embarazada? Sí No ¿Amamantamiento? Sí No

FARMACIA PREFERIDA: _____

Al firmar la línea de abajo, Yo confirmo que la información perteneciente a mi historial médico y repaso de síntomas son correctos y actuales.

PICTURES TAKEN _____

Witnessed by: _____

X _____

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA _____

____ Kevin Burningham MD ____ Eric Sandrock DO ____ Valeria Gonzalez MD ____ Gabriela Ramirez PA-C

____ Kelly Maedo MD ____ Sonia Neave MD ____ Hervey Galvan PA-C ____ Daisy Elizondo PA-C

____ Alexis Wood PA-C ____ Rick Lin DO REVIEWED BY - HEALTHCARE PROVIDER INITIALS



Permiso de Fotografía Dermatológico

Yo por la presente autorizo el personal apropiado de la oficina de Dr. Rick Lin, el Dermatólogo y/o el Dispensario de la Clínica Dermatológica de McAllen a tomar los retratos fotográficos y digitales de mi condición de piel.

Yo por la presente indico que he sido explicado completamente que los retratos son tomados para el propósito de la documentación sin precedentes médica y para la actuación a los médicos debidamente licenciados, y al personal paramédico autorizado.

Indicó aún más que en el tiempo de la ejecución del consentimiento, estoy completamente enterado de los retratos para ser tomados y los usos, como encima de descrito, a que estos serán archivados, y que todas las preguntas con respecto al tomar los retratos y el uso del mismo me han sido explicadas completamente, y a mi satisfacción completa por el personal del Dispensario de la Clínica Dermatológica de McAllen.

Firma

Fecha



**Consentimiento Del Paciente Para El Uso Y Divulgación De La Información
De La Salud Protegida**

Las siguientes personas están autorizados para recibir mi información de atención médica sobre registros médicos, citas y/o cualquier otra información que Osis Dermatology tenga en sus registros médicos sobre tratamientos, diagnósticos, laboratorios o informes patología.

	NOMBRE	RELACION
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

Para revocar mi consentimiento para que las personas mencionadas anteriormente reciban mi información de atención médica; Debe presentar por escrito mi revocación de consentimiento directamente a Oasis Dermatology HIPAA Compliance Officer: Yvonne Molano.

Phone: (956) 971 - 0404
Email: oasisdermatologynurse@gmail.com

Firma

Fecha



Consentimiento Del Paciente Para El Uso Y Divulgación De La Información De La Salud Protegida

Con mi consentimiento, Oasis Dermatology Group, PLLC., de McAllen, Texas, lo cual aquí en adelante es referido como "La Práctica", o su Oficina, puede utilizar y divulgar información de la salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) mía para efectuar tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en inglés). Favor de referirse al Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad De Oasis Dermatology Group, PLLC., de McAllen, Texas, o de su oficina, en 3100 Buddy Owens Blvd, McAllen, Texas 78504 para una descripción más completa sobre dichos usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de estudiar su aviso acerca de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. La Práctica o su Oficina, se reserva el derecho de modificar su Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso acerca de las Prácticas de Privacidad revisada puede obtenerse al dirigirse por escrito al Oficial de la Privacidad en su oficina.

Con mi consentimiento, La Práctica o su oficina, puede llamar a mi casa o a otra ubicación designada y dejar un mensaje en el buzón de voz o con una persona respecto a cualquier asunto que les ayude a desempeñar sus TOP, tales como recordarme de citas, asuntos de aseguranza, y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, La Práctica o su oficina, puede mandarme cartas que les ayuden a desempeñar sus TPO a mi casa o a otra ubicación designada, tales como recordarme de citas, y estados de cuenta, del paciente siempre y cuando estén marcadas Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento, La Práctica o su Oficina, puede enviarme correos electrónicos a mi casa o a otra ubicación designada, cualquier asunto que le ayude a la oficina a desempeñar sus TPO, tales como recordarme de citas y estados de cuenta del paciente. Tengo el derecho de pedirle a La Práctica o de su Oficina, que limiten como utilizar o divulgar mis PHI para desempeñar sus TPO. Sin embargo, la oficina no está obligada a sentir a mi solicitud para los límites de divulgación, pero si lo hace, está sujeta a este convenio.

Al firmar este contrato, estoy consintiendo que La Práctica o su Oficina, utilice y divulgue mi PHI para desempeñar su TPO. También tengo el derecho de inspeccionar y/o solicitar copias de mi información médica y recibir una lista de las divulgaciones que se han hecho acerca de la liberación de los registros médicos.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en el caso que la oficina ya haya hecho divulgaciones por atenerse a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, puede que La Práctica o su Oficina, se niegue a darme tratamiento. Usted puede quejarse a nosotros a través de nuestro Oficial de conformidad del Acta de Seguro de Salud Portabilidad y Contabilidad (HIPAA) o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados.

Doy mi consentimiento a que mi información médica sea revelada y utilizada para los fines como se ha indicado anteriormente. Yo afirmo que se me ha proporcionado con un "Aviso Acerca de las Prácticas de Privacidad" como lo es requerido por la ley de Acta de Seguro de Salud Portabilidad y Contabilidad del año 1996 (HIPAA).

Nombre del Paciente (en letras de imprenta)

Fecha

Firma del Paciente or Guardian Legal



Póliza Financiera de la Oficina

Queremos compartir las siguientes pólizas con usted para que entienda sus responsabilidades con respecto a los cargos para los servicios rendidos a usted por esta oficina.

Co-pagos: El paciente deberá presentar una tarjeta de seguro en cada visita. Todo co-pagos y balances pendientes deberán ser pagados en el tiempo del servicio.

Pago Privado: Cuentas de pago privado son pacientes cubiertos por planes de seguro que la clínica no participa. Estos pacientes son considerados como pago-privado. Los pacientes sin una tarjeta de seguro en el archivo, ni en el tiempo de la consulta deberán pagar la consulta y los servicios (eje. Cirugías, biopsias). Si decide proseguir con la consulta es requerido que el pago de los servicios sea hecho en su totalidad.

Arreglos de pagos prolongados: Entendemos que por cuestiones financieras no se puede pagar los servicios en su totalidad. Si este es su caso se le espera pagar al paciente el 50% del honorario total. El balance debe de ser pagado durante los tres meses siguientes en mensualidades iguales (cada primero del mes). Los pacientes que fallan en pagar su mensualidad serán mandados a una agencia de colección y será terminado de la clínica.

Procedimientos no cubiertos por el seguro (Cosmético): Se le pedirá que firme una forma donde rectifica que lo que le hará el doctor es un procedimiento cosmético y que a su seguro no se le mandará cobrar y que usted (el paciente) se hará cargo de pagar dicho procedimiento el día de la consulta. En caso de que nosotros no estemos enterados de un cargo que no es cubierto por su seguro o plan, usted será el/la responsable de pagar el balance de esa visita.

Reembolsos al Paciente: Los criterios siguientes deben ser encontrados antes de mandar un reembolso. Si el paciente no ha sido visto en la oficina durante 90 días, no hay reclamos al seguro sobresalientes en la cuenta del paciente, y no hay balances pendientes en la cuenta.

Niños en Custodia: El padre con la custodia primordial es generalmente el padre con quien el niño/a viva y que generalmente lo/atrae al doctor para su cuidado. El padre es responsable del pago en el tiempo del servicio si la cuenta es considerada pago privado, participante de seguro, o en seguro pero que la clínica no participa. Si el padre tiene seguro para el niño/a, la clínica mandará la factura a esa compañía de seguros. Esta clínica no interviene cuestiones legales de divorcio. Por ejemplo, un padre paga 80% y el otro paga 20%. Los padres tienen la obligación de trabajar fuera de acuerdo por sí mismos o por el sistema del tribunal.

Referencias: Las referencias si su seguro ha designado a un médico primario de la ciudad familiar, usted es requerido obtener una autorización previa de su doctor antes de su visita a esta clínica. Si esta autorización no es proporcionada, usted deberá cambiar su cita o pagar por su visita en el tiempo que obtuvo los servicios.

Esta Póliza financiera ayuda a la clínica proporcionar la calidad y el cuidado a nuestros pacientes. Si usted tiene cualquier pregunta o una clarificación adicional de lo previamente escrito no dude en hacérselo saber.

Firma De Paciente/Guardián Legal

Fecha