

Información del Paciente Se debe completar este formulario para todos los pacientes

Nombre: _____ **Fecha:** _____
Apellido Primer Segundo

Doctor Familiar: _____

How did you hear about us? _____

Razón por su visita: _____ **Primary Care Physician:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** M ___ F ___ **Número de Seguro Social:** _____

Domicilio: _____
Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono: Casa: _____ **Celular:** _____ **Trabajo:** _____

Podemos dejar mensaje en: Casa ___ Celular ___ Trabajo ___ **Farmacia de preferencia:** _____

Nombre de Empresa/Trabajo _____ **Dirección:** _____
Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____ **Le Gustaría acceso a su información por internet:** Si ___ No ___
P. ej.: para solicitar una cita, solicitar renovación de recetas, ver resultados de laboratorio y hacer preguntas.

Identidad Étnica: Hispano o Latino ___ No Hispano o Latino ___ No reportar ___

Estado Civil: Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___ **Lenguaje de Preferencia:** _____

Raza: Asiático/a: Asian ___ Hawaiano/a Natal ___ Africano Americano ___ Blanco/a ___ Hispano ___ Otro ___ No responder ___

Seguro Primario: _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Domicilio: _____
Ciudad Estado Código Postal

Nombre de contacto para emergencia: _____ **Número de teléfono:** _____

Relación: _____ **Domicilio:** _____

Si el titular de la póliza no es el paciente, haga lo siguiente:

Seguro Primario: _____ **Asegurado/a:** _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Trabajo de Asegurado/a: _____ **Número de Trabajo:** _____

Seguro Secundario/a: _____ **Asegurado/a :** _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Trabajo de Asegurado: _____ **Número de Trabajo:** _____

Asignación de Beneficios: Por la presente autorizo asignación de beneficios (pagos) directamente a Hull Dermatology, PA de todos mis reclamos de Seguro médico relacionados con los servicios recibidos. Estoy de acuerdo en pagar cualquier y todos los cargos que excedan, o no estén cubiertos por mi seguro médico. Entiendo que el copago, deducibles, y servicios no cubiertos se deben pagar al momento del servicio.

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Expediente/Antecedentes: Yo autorizo liberación de cualquier información médica necesaria para los trámites con mi compañía de seguro médico. Yo permit que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original.

Firma de la persona responsable: _____ **Fecha:** _____

Hull Dermatology PA puede darle información financiero/médica a:

Nombre(s): _____

Numero de Telefono(s): _____

Si se deja en blanco sólo seremos capaces de informarle al paciente de su información médica/financiera, excepto en el caso de menores de edad

Cuestionario de Historial Medico

¿Es usted alergico/a algun medicamento? Si ___ No ___ ¿Esta usted embarazada? Si ___ No ___

Si la res puesta es si, lista medicamentos y reacciones _____

¿Alguna vez a tenido una reaccion a Novocaina, vendaje o Antibioticos topical (Neosporin)? Si ___ No ___

Por favor lista por debajo los medicamentos que usted esta tomando (incluyen do recetas medicas, medicamentos sin receta, sup lementos her bales, vitaminas):

1 _____ 2 _____ 3 _____

4 _____ 5 _____ 6 _____

Consigne a continuación toda alergia a medicamentos:

1 _____ 2 _____ 3 _____

4 _____ 5 _____ 6 _____

¿Ha tenido una cirugía o hospitalizado en el pasado? _____

¿Alguna vez ha tenido cancer de la piel? Si ___ No ___

Por favor lista las condiciones medicas cronicas que se encuentran bajo tratamiento? _____

Dermatologia General Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer de la Piel | <input type="checkbox"/> Carcinoma de celulas basales | <input type="checkbox"/> Sangra facilmente |
| <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> Carcinoma de celulas escamosas | <input type="checkbox"/> VIH |
| <input type="checkbox"/> Lunares dis plasicos | <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica de la piel | <input type="checkbox"/> Historia de Queloide/ cicatrices |
| <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | | |

Historia Social Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ha tenido mas de una quemadura del sol | <input type="checkbox"/> A estado expuesto a hepatitis A, B, C o D | <input type="checkbox"/> Ud a usado drogas (incluso Marihuana) |
| <input type="checkbox"/> Tiene exposición al sol | <input type="checkbox"/> A estado expuesto al VIH | <input type="checkbox"/> Ud a salido del pais en los ultimos 3 meses? |
| <input type="checkbox"/> Usa protector solar | <input type="checkbox"/> A tornado alcohol | |
| | <input type="checkbox"/> A fumado o a usado tabacco | |

¿Cual es su ocupacion? _____

¿Cual es su pasatiempo? _____

¿Tiene antecedentes de lo siguiente? Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Trastorno de absorción del estómago |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Inflamación de venas | <input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos, diarrea cuando toma antibióticos |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Infección por levaduras cuando se está tomando antibiótico |
| <input type="checkbox"/> Tos crónica | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Artritis o deformidad de las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Tos matutina | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Artralgia |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Movimiento limitado |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Sed o hambre excesivos | <input type="checkbox"/> Articulación artificial |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Amputaciones | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad o falla renal | |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Diálisis | |
| | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Convulsiones, epilepsia, ataques |

Antecedentes familiares de cáncer de piel Marque todo lo que corresponda:

- | | | | | | | | |
|------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|--|--|
| Madre | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Padre | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hija(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Hijo(s) | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |
| Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Lunar Atipico | <input type="checkbox"/> SCC | <input type="checkbox"/> BCC | <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica | <input type="checkbox"/> Cancer de piel des conocida |

Revisión exhaustiva de los sistemas Marque todo lo que corresponda:

Alergias

- Escurimiento de nariz
- Garganta seca
- Picazon en los ojos
- Estomudar
- Oido lleno
- Nariz tapada
- Toz

Constitutional

- Cambio de peso
- Falta de apetito
- Fiebre
- Debilidad
- Sudores Nocturnos
- Amamantacion

Dermatologia

- Lesiones Sospechoso
- Lunares Sospechoso
- Sarpullido
- Comezon
- Piel Seca O Sensible
- Fotosensibilidad
- Urticarial
- Perdida de pelo
- Conglomerado
- Piel amarilla/o

Gastroenterología

- Sangre en las heces
- Diareah
- Vomito
- Estrenimiento
- Nausia
- Dolor ab dominal
- Cambios en los habitos Intestinales

Sicologia

- Depression
- Alta Tension
- Estado de animo que cambia
- Ideas suicidas
- Obsesivo compulso

Orrinolaringólogo

- Sangrada de nariz
- Cambio de voz
- Dolor en la garganta
- Dificultades para degutir

Respiratorio

- Corto de respiracion
- Opression en el pecho
- Toz
- Jadente
- Congestion

Neurologia

- Dolor de cabeza
- Hornnigue/Entumeciendo
- Convulsiones
- Mareos
- Debilidad Focal

Cardiologia

- Palpitacion
- Dolor en el pecho
- Presion alta

Hematology

- Moretones
- Ganglios inflamados
- Fatiga

Femenina

- Sindrome Premenstrual
- Infertilidad
- Dolores Menstruales
- Infecciones por levaduras
- Comezon vaginal
- Sangrando Intermestrua
- Dolor pelvico
- Actividad sexual
- Periodos Iregulares
- Flugo vaginal anormal

Oftalmología

- Irritacion de los ojos
- Drenaje de los ojos
- Vision borrosa

Endocrinologia

- Sed excesiva
- Sudor excesiva
- Urinacion excesiva
- Intolerencia al frio
- Intolerencia al calor

Urologia

- Dificultad para orinar
- Sangre en la orina
- Urgencia para urinar
- Orina frecuente
- Incontinencia urinaria

Musculoeseletal

- Rigidez articular
- Calambres en las piernas
- Dolor en las articulaciones
- Inflamacion de las articulaciones
- Dolor en la espalda
- Dolor en el cuello
- Dolor muscular

Políticas de Hull Aesthetics Lea y marque las casillas para indicar que comprende cada política:

Política de Cancelación y Falta a Cita: En Hull Dermatology & Aesthetics, estamos dedicados al servicio y cuidado de nuestros pacientes. Intentamos comunicarnos con todos nuestros pacientes por lo menos 24 horas antes de su cita programada para recordarles la fecha y la hora. En caso de que usted no pueda asistir a una cita programada, le pedimos que nos informe por teléfono al menos 24 horas antes. Esto nos da tiempo para comunicarnos con nuestros pacientes en la lista de espera y ofrecerles esa franja horaria. El tiempo de nuestros proveedores es valioso ya que siempre tenemos una larga lista de espera de pacientes tanto nuevos como habituales. Aquellos pacientes que no nos notifiquen 24 horas antes de su cita programada se considerarán como "faltas sin aviso" y se les cobrará una tarifa. A continuación, encontrará el explicación de las tarifas:

- Comprendo que si no asisto a una cita programada para una hora o menos, se me cobrará una tarifa de \$50. No podré programar una nueva cita ni recibir ningún otro servicio hasta pagar la totalidad de esta tarifa.
- Comprendo que si no asisto a una cita programada para más de una hora, se me cobrará una tarifa de \$100. No podré programar una nueva cita ni recibir ningún otro servicio hasta pagar la totalidad de esta tarifa.

Al firmar y fechar a continuación, reconozco que he leído y comprendido el documento anterior.

Prima del responsable: _____ **Fecha:** _____

Llegadas tarde: Para garantizar la calidad de su tratamiento, llegar tarde a una cita programada puede provocar que se dedique menos tiempo a su tratamiento, se cambie al técnico o que su cita se re programe para una fecha posterior.

Cambios de precio: A pesar de que nos esforzamos por mantenerlo informado acerca de los cambios de precio, nuestras tarifas y servicios se evalúan continuamente y están sujetos a cambios. Tenga en cuenta que si encuentra un anuncio local con un mejor precio, con todo gusto igualaremos ese precio si usted nos muestra el anuncio.

Servicios prepagos: Todos los servicios prepagos se deben utilizar en el plazo de un año desde la compra. No hay reembolsos por servicios prepagos. El dinero se puede utilizar para otros servicios o productos, si se lo hace en el plazo de un año desde la compra.

Remates y regalos: Cualquier producto o servicio que se gane se debe utilizar en el plazo de un año, a menos que Hull Aesthetics indique algo diferente. Estos no son reembolsables y no se pueden cambiar por otros servicios ni productos.

Productos y servicios: Todas las ventas son finales. Solo los productos defectuosos se pueden devolver. Lea todos los consentimientos atentamente para ver los efectos secundarios; todos los pacientes son diferentes y pueden reaccionar de manera diferente al tratamiento. No se dan reembolsos por servicios.

Compras de paquete: Se hace seguimiento de los paquetes prepagos mediante tarjetas de tratamiento. Conservaremos estas tarjetas en archivo.

He leído y comprendido las políticas de Hull Aesthetics.

Prima del responsable: _____ **Fecha:** _____

Servicio de Intérprete

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin costo algunac. Teléfono 479.254.9662
TTY 479.254.9662

ENGLISH

If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

SPANISH

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno.

VIETNAMESE

Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị, nếu quý vị nói tiếng Việt.

MARSHALLESE

Elañne kwojelā Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jibañ ilo Kajin Majōl, ejjelok wōneen.

CHINESE

如果您讲汉语普通话，则可以免费向您提供语言协助服务。

LAOTIAN

ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນ່ມບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາພຣ໌ໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

TAGALOG

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyo sa lengguahe na walang baya

ARABIC

كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً.

GERMAN

Wenn Sie deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachhilfen zur Verfügung.

FRENCH

Si votre langue est le français, des services d'assistance linguistiques sont mis gratuitement à votre disposition

HMONG

Yog koj hais lus Hmoob, peb muaj neeg txhais lus, pub dawb rau koj.

KOREAN

모국어가 한국어일 경우 무료 언어지원 서비스가 제공됩니다.

PORTUGUESE

Se você fala português, está disponível atendimento gratuito com assistência ao idioma.

JAPANESE

日本語を話される場合には、無償の言語支援サービスがご利用いただけます。

HINDI

अगर आप हिन्दी बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवा निःशुल्क उपलब्ध है।

GUJARATI

તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો વિના મૂલ્યે, ભાષા સહાય સેવાઓ તમને ઉપલબ્ધ છે.

Aviso de Prácticas de Privacidad Revisado: Septiembre 8, 2011. Esta Información esta disponible a todos los pacientes. Este aviso describe como la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise con cuidado. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención Generados por la práctica, ya sea por la práctica o un recurso asociado.

Este aviso describe las políticas de nuestra práctica, que se extendido a:

- Cualquier profesional de salud autorizado para ingresar información a su expediente (incluyendo médicos y enfermeras ect);
- Todas las áreas de práctica (administración, recepcionistas, facturación ect);
- Todos los empleados funcionarios y demás personal que trabaje para o con nuestra Práctica;
- Nuestros socios de negocio (incluyendo un servicio de facturación o instalaciones a las que se refieren a los pacientes de los médicos ect).

Hull Dermatology proporciona este aviso para cumplir con las regulaciones de privacidad publicada por el departamento de salud y servicios humanos de conformidad con lo dispuesto en los artículos de la ley de responsabilidad y portabilidad de aseguramiento médico 1996 (HIPPA)

NUESTROS PENSAMIENTOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a proteger la información acerca de usted. Como nuestro paciente, creamos papel y registros médicos electrónicos acerca de su salud. Nuestra atención a usted y de los servicios o artículos que se ofrecen a usted como nuestro paciente este registro es necesario para proporcionar la atención médica para cumplir con ciertos requisitos legales.

Si desea una copia de nuestras prácticas de privacidad, por favor pregunte a la recepcionista por una copia completa será proporcionada a usted.

Política de Pago:

1. **Seguros:** Participamos en la mayoría de seguros incluyendo planes de Medicare. Usted es responsable de comprobar participación en su plan específico. Conocer y comprender sus beneficios de la aseguración es su responsabilidad. Póngase en contacto con su compañía de seguros con preguntas que usted tenga con respecto a la cobertura. Por último, si la elegibilidad no es verificable el pago se debe en el momento de servicio.
2. **Co-Pagos y Deducibles:** Los co-pagos y deducibles de ben ser pagado en el momento de servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de aseguración. Práximo de nuestra parte para recoger co-pagos y deducibles de los pacientes puede considerarse como fraude.
3. **Servicios no Cubiertos:** Por favor tenga en cuenta que algunos servicios que reciba, su aseguración puede no cubrirlos. Nuestra oficina les dar a conocer de estos servicios antes de iniciar el tratamiento. Y por último, es su responsabilidad saber sus beneficios de cobertura que su aseguración no paga.
4. **Envío de Reclamaciones:** Vamos a presentar sus reclamos y le ayudani en cualquier forma dentro de lo razonable para obtener sus reclamos pagados. Con frecuencia su seguro, tendni que suministrar información. Es su responsabilidad cumplir con estas peticiones. Tenga en cuenta que el balance de su reclamo es su responsabilidad si su seguro no paga.
5. **Los Hijos de Padres Divorciados:** Responsabilidad para el pago de tratamiento de los men ores, cuyos padres estan divorciados recae en el padre que busca tratamiento. Cualquier orden tribunal de responsabilidad, debe ser determinado entre los individuos involucrados sin la inclusión de Hull Dermatology.
6. **Patología/Laboratorio Facturación:** Cuando se quita una lesión en la oficina, que es el estándar de cuidado es tener un patólogo que examine la muestra. Estos servicios son realizados por el doctor del caso primario, pero se facturan separada de la fecha de servicio. Debido a esto su seguro puede evaluar un co-pago. Laboratorio y patología, que se denominan de facturados por el laboratorio empresas: alguna pregunta en cuanto a esos cargos de ben dirigirse a su aseguración.
7. **No Pago:** Si su cuenta es de mas de 90 días, usted recibirá una carta que indique que usted tiene 14 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no será aceptada a menos que se indique lo contrario. Por favor tenga en cuenta que si el saldo es no remunerado será referido a una agencia de cobranza.
8. **Revisión de Reclamaciones:** Tratamos de finalizar todos los cargos en el momento del servicio, pero estos cargos estan sujetos a revisión tras expedients médicos se completan. Cualquier pérdida de los cargos facturarán separadamente.

Nuestra oficina esta comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales de nuestra zona. Le damos las gracias por comprender nuestra política de pago.

He leído y entendido la política de pago.

Prima del responsable: _____ **Fecha:** _____