

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

- Ecurimiento 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 Intermestruual
- Dolor pelvico
- Actividad sexual
- Periodos Iregulares
- Flugo vaginal anormal

Oftalmología

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

Endocronologia

- 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

Musculoesekeletal

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

Aviso de Prácticas de Privacidad Revisado: Septiembre 8, 2011. Esta Informacion esta disponible a todos los pacientes.

Este aviso describe como la informacion medica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta informacion. Por favor revise con cuidado. Este aviso se aplica a todos los registros de su atencion Generados por la practica, ya sea por la practica o un recurso asociado.

Este aviso describe las politicas de nuestra practica, que se extendido a:

- Cualquier profesional de salud autorizado para ingresar informacion a su expediente (incuyendo medicos y enfermeras ect);
- Todas las areas de practica (administracion, recepcionistas, fracturacion ect);
- Todos los empleados funcionarios y demas personal que trabaje para o con nuestra Practica;
- Nuestros socios de negocio (incluyendo un servicio de facturasion o instalaciones a las que se refieren a los pacientes de los medicos 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 (HIPAA)

NUESTROS PENSAMIENTOS ACERCA DE SU INFORMACION 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.

Servicio de Intérprete

Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno. 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 kwojelä Kajin Majöl, kwomaroñ bök jibañ ilo Kajin Majöl, 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 ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາພຣັດໄທ້ແດກທ່ານ.

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.

Política de Pago:

- 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 aseguramiento 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.
- 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 aseguramiento. Pracaso 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 aseguranza puede no cubrirlos. Nuestra oficina les dar a conocer de estos servicios antes de iniciar el tratamiento. Y por ultimo, es su responsabilidad saber sus beneficios de cobertura que su aseguranza no paga.
4. **Envio 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 informacion. 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 Dovorciados:** 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 inviduos involucrados sin la inclusion de Hull Dermatology.
6. **Patologia/Laboratorio Facturacion:** Cuando se quita una lesion en la oficina, que es el estándar de cuidado es tener un patologo 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 patologia, que se denominan de facturados por el labaratorio empresas: alguna pregunta en cuanto a esos cargos de ben dirigirse a su aseguranza.
7. **No Pago:** Si su cuenta es de mas de 90 dias, usted recibira una carta que indique que usted tiene 14 dias para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no sera aceptada a menos que se indique lo contrario. Por favor tenga en cuenta que si el saldo es no remunerado sera referido a una agencia de cobranza.
8. **Revision de Reclamaciones:** Tratamos de finalizar todos los cargos en el momento del servicio, pero estos cargos estan sujetos a revision tras expedients medicos se completen. Cualquier perdida de los cargos facturaran 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 politica de pago.

He leído y entendido la politica de pago.

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