



563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

Información del paciente
Por favor imprimir

Nombre: _____ Edad: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Género _____ Fecha de nacimiento: _____ *Número de seguro social: _____

Persona responsable de esta cuenta: _____

Dirección de envió: _____

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono Principal: _____ Número de teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____

EN CASO DE QUE LA DIRECCION DE ENVIO SEA UNA OFICINA POSTAL FAVOR DE ANOTAR UNA DIRECCION DE ENVIO HABITACIONAL

Dirección de envió Habitacional: _____

Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____

Doctor de referencia: _____
(Por favor marque)

Estado Civil: Soltero/Casado/Viudo/Divorciado/Separado

Situación Laboral: Tiempo Completo/Medio Tiempo/Desempleado/Trabajador Independiente/Retirado

Situación Estudiantil: Tiempo Completo/Medio Tiempo/No soy estudiante

Compañía de Seguros: 1) _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

Compañía de Seguros: 2) _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del Asegurado: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del empleador del paciente/Custodio legal: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____



563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

*En caso de que el paciente sea menor de edad el familiar o custodio legal tiene que proveer su número de Seguro Social y firma.

RESUMEN DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

A menos de que se hubiera acordado diferente, todos los pacientes son responsables del pago el día de su consulta (ya sea el pago completo de la consulta pagando con fondos propios o pagando la parte proporcional correspondiente junto con su compañía de seguro). El uso de seguro es cargado a su cuenta como un servicio. Por este acto entiendo que todos los cargos no pagados por mi compañía de seguro permanecen siendo mi responsabilidad de liquidar. El personal del consultorio esta disponible para discutir cualquier posible dificultad con relación al pago de la consulta.

POLITICA DE CANCELACION

En caso de cancelar una consulta programada es necesario notificar al personal de esta oficina a través de una notificación con 24 horas de anticipación. En caso de NO notificar al personal de esta oficina en el tiempo estipulado y el paciente no se presenta a la cita este será sujeto a un cargo de \$50.00.

En caso de que el paciente en dos ocasiones no se presente a su cita además del cargo mencionado en el párrafo anterior estará en riesgo de no tener la posibilidad de ser tratado por Access Dermatology.

Por favor tener en cuenta la siguiente información:

- Entiendo que independientemente de la cobertura de mi seguro entiendo que soy responsable del pago de los honorarios incurridos. En caso de ser necesario autorizo la divulgación de mi información medica requerida para el inicio de una reclamación a mi compañía de seguros y/o para completar Planes de Tratamiento/Revisiones requeridas por mi compañía de seguro o por empresas de atención medica administrada.
- Autorizo que el pago por parte de mi compañía de seguro sea hecho directamente a Shenandoah Dermatology.
- Entiendo que yo soy responsable de obtener pre-autorización por parte de mi seguro en caso de ser necesario. Acepto la responsabilidad de pagar en caso de que dicha autorización no sea obtenida.
- Entiendo que el consultorio puede realizar cargos a mi cuenta en caso de no haber cancelado mi cita con una anticipación de 24 horas. Estos cargos no son cubiertos por compañías de seguros.
- Entiendo que las facturas mensuales enviadas deben ser pagadas al momento de ser recibidas. Salvo pacto en contrario todas las facturas no pagadas serán entregadas a agencias de cobro. Si mi cuenta es asignada a una agencia de cobro, en este acto acepto pagar todos los gastos de cobro, incluyendo \$30 de comisión de cobro, gastos de corte y honorarios de abogados.
- En este acto autorizo a Shenandoah Dermatology de contactarme por teléfono a cualquier numero asociado con mi cuenta. Otros tipo de comunicación pueden ser mensajes de voz por grabaciones automáticas y/o el uso de dispositivos de marcación automática.

Política de HIPAA

Además de las políticas anteriores, he leído y revisado una copia de la política de privacidad HIPAA y puedo revisar una copia si lo solicito.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

**si el paciente es menor de edad, el custodio/guardián legal debe firmar*

Firma: _____ Fecha: _____



Access Dermatology & Spa

563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

En este acto doy mi permiso a Access Dermatology de revelar mi información medica personal acerca de mi tratamiento a los siguientes individuos: (Ejemplo: Esposa, pariente/custodio legal, amigo, etc.)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR DE EDAD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pariente/Custodio legal: _____

El paciente/custodio legal que se ha hecho responsable ha leído y entendido la siguiente declaración:

Doy autorización por escrito a Access Dermatology, P.C. y a sus médicos para tomar decisiones medicas y tratar a mi hijo, mencionado anteriormente en caso de que yo el pariente/custodio legal no pueda estar presente en todas las consultas programadas.

Entiendo que yo u otro pariente/custodio legal tiene que estar presente para la primera consulta del menor de edad. Doy permiso a los siguiente mayores de edad de acompañar a mi hijo y de autorizar tratamiento médicos en subsiguientes consultas de acuerdo a las políticas de Access Dermatology:

Nombre: _____ Relación con el menor de edad: _____

Nombre: _____ Relación con el menor de edad: _____

Nombre: _____ Relación con el menor de edad: _____

En caso de que las personas mencionadas anteriormente traigan al menor de edad estas deberán proveer el historial de la presente molestia/enfermedad del menor de edad, deberán revelar información medica protegida, deberán traer el historial de estudios realizados al menor, y deberán estar presentes durante la examinación física del menor de edad realizada por Shenandoah Dermatology. Esta persona también tendrá la responsabilidad de comunicar todo diagnostico, tratamiento, plan o prescripción al pariente/custodio legal mencionado con anterioridad. Soy consciente y acepto estar disponible por teléfono y de ser responsable financieramente de cualquier pago.

Acepto que este consentimiento firmado será valido hasta que el menor de edad cumpla 18 años, o al momento de que este consentimiento sea retirado por escrito.

Certifico que he leído y entiendo el presente consentimiento.

Firma: _____ Fecha: _____



563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

LISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS A LA FECHA

En caso de tener con Usted una lista favor de hacer saber a la recepcionista antes de llenar esta forma.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Favor de incluir el **nombre** y la **dosis** del medicamento y con qué frecuencia es tomado.

Favor de anotar los medicamentos recetados (esto incluye los recetados por Access Dermatology), medicamentos que no necesitan receta y cualquier otro suplemento (vitaminas).

Medicamento y dosis

Frecuencia

Medicamento y dosis	Frecuencia

Alergia a medicamentos que tenga conocimiento: ALERGIA A MEDICAMENTOS QUE NO TENGA CONOCIMIENTO



Access Dermatology & Spa

563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

Medicina: _____ Reacción: _____

Medicina: _____ Reacción: _____

Medicina: _____ Reacción: _____

Medicina: _____ Reacción: _____

Medicina: _____ Reacción: _____

Farmacia de preferencia: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO Y FORMULARIO DE ADMISIÓN

Historial Médico (Circule cualquiera que aplique)

NINGUNA

Ansiedad
Articulaciones artificiales
Asma
Fibrilación Atrial
Trasplante de medula – Año:
Cáncer de Mama
Cáncer de Colon
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
Enfermedad de la Arteria Coronaria
Depresión
Diabetes
Enfermedad del Riñón
Reflujo Gastroesofágico
Desfibrilador
Historial de Tuberculosis
Enfermedad del Hígado
Pérdida de Audición

Hepatitis- Tipo:
Hipertensión
Tiroides Hiperactiva
Tiroides Hipoactiva
Leucemia
Cáncer de Pulmón
Linfoma
Marcapasos
Cáncer de Próstata
Tratamiento de Radiación
Convulsiones
Infarto
Reemplazo de válvulas cardiacas
Diálisis de Riñón
Poliquistosis ovárica
Otro: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Circule cualquiera que aplique):

NINGUNA

Apéndice extirpado
Carcinoma de células basales

Extracción del Riñón
Trasplante de Riñón Derecho o Izquierdo



Access Dermatology & Spa

563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

Reemplazo de Rodilla Derecho, Izquierdo, o ambos
Cirugía de colon
Bypass de la arteria coronaria
Extirpado de la vesícula biliar
Reemplazo de válvulas cardiacas
Trasplante de Corazón
Reemplazo de Cadera Derecha o Izquierda
Histerectomía
Extracción del Útero
Otro: _____

Tumorectomía Derecho, Izquierdo, o ambos
Mastectomía
Melanoma
Extracción de Ovarios
Esplenectomía
Carcinoma de células escamosas
Extracción de Testículo Derecho o Izquierdo
Ligadura de Trompas
Resección transuretral de la próstata

Por favor continua



563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Utiliza Protector solar? Si No
Si usa protector solar, lo que fuerza?: _____

Alguna vez ha utilizado camas de bronceado: Si No

Fuma o consume algún producto que contenga tabaco? Sí No
Con que frecuencia? _____

Consumo bebidas alcohólicas? SI No
Con que frecuencia? _____

Historial de Enfermedades de piel (Circule cualquiera que aplique)

Acné	Fiebre de Heno/ Rinitis alérgica
Queratosis actínica	Melanoma - Año:
Asma	Erupción cutánea por hiedra
Carcinoma de células basales – Año:	Lunares anormales
Ampollas por quemaduras de Sol	Psoriasis
Piel Seca	Carcinoma de células escamosas - Año:
Eczema	Ninguna

Favor de circular la que mejor describa su piel cuando es expuesta al sol:
I. Siempre me quemo y nunca me bronceo
II. Fácilmente me quemo y me bronceo mal
III. Me quemo moderadamente en un principio, pero luego solo me bronceo.
IV. Me quemo ligeramente en un principio, pero luego solo me bronceo.
V. Rara vez me quemo y fácilmente me bronceo
VI. Nunca me quemo y siempre me bronceo.

Historial médico familiar (Madre, Padre, Hermanos, hijos)

Melanoma: _____ Diabetes: _____
Cáncer de mama: _____ Lupus: _____
Poliquistosis ovárica: _____ Acné severo: _____
Cáncer de piel (No melanoma): _____



Access Dermatology & Spa

563-A Neff Avenue,
Harrisonburg, VA 22801
Phone: 540-434-1756
Fax: 540-434-1840

Arthritis Reumatoide: _____