



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: \_\_\_\_\_





# Access Dermatology & Spa

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

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
- Díalisis 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 quemó y nunca me bronceo
- II. Fácilmente me quemó y me bronceo mal
- III. Me quemó moderadamente en un principio, pero luego solo me bronceo.
- IV. Me quemó ligeramente en un principio, pero luego solo me bronceo.
- V. Rara vez me quemó y fácilmente me bronceo
- VI. Nunca me quemó 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: \_\_\_\_\_