



Datos demográficos del paciente		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	Estatura:	Peso:
Ocupación:	Ocupación anterior:	Motivo de la visita:

Historial médico											
Alergias	S	N	Herpes labial (VHS1)	S	N	Hepatitis/enfermedad hepática	S	N	ITS/ETS	S	N
Ansiedad	S	N	Depresión	S	N	Presión arterial alta	S	N	Accidente cerebrovascular	S	N
Artritis	S	N	Diabetes	S	N	VIH/SIDA	S	N	Trastorno tiroideo	S	N
Coágulos de sangre (TVP, EP)	S	N	Dolores de cabeza/migrañas	S	N	Ronchas	S	N	Tuberculosis	S	N
Problemas respiratorios/pulmonares	S	N	Enfermedad cardíaca	S	N	Enfermedad renal	S	N	Úlcera	S	N
Dolor/opresión en el pecho	S	N	Soplo cardíaco	S	N	Convulsiones	S	N	Ninguna de las anteriores	S	N
Cáncer Si la respuesta es "Sí", especifique aquí: _____	S	N	Trastorno autoinmune Si la respuesta es "Sí", especifique aquí: _____	S	N	Dispositivo implantado/articulación Si la respuesta es "Sí", especifique aquí: _____	S	N	Otros problemas médicos: Si la respuesta es "Sí", especifique aquí: _____	S	N

Historial quirúrgico	
Enumere todas las cirugías con fechas, hospital y cirujano. Si no ha tenido ninguna alergia, escriba "ninguna".	
Tipo de cirugía	Fecha estimada
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

¿Tuvo algún problema con la anestesia en el pasado? Si la respuesta es "sí", especifique de qué tipo:

Antecedentes cutáneos									
Curación anormal de heridas	S	N	Hipo/hiperpigmentación	S	N	Carcinoma de células escamosas	S	N	
Queratosis actínica	S	N	Melanoma maligno	S	N	Uso de camas bronceadoras	S	N	
Carcinoma de células basales	S	N	Psoriasis	S	N	Ninguno	S	N	
Quemaduras por el sol con formación de ampollas	S	N	Sarpullido	S	N	Otro problema de la piel	S	N	
Eczema	S	N	Cicatrización (queloide o hipertrófica)	S	N	Si la respuesta es "sí", especifique aquí _____			



**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Historial familiar					
Enumere solo a la madre, al padre, a los hermanos, a los abuelos maternos o paternos y a los tíos directos					
Diagnóstico	Pariente	Diagnóstico	Pariente	Diagnóstico	Pariente
Sangrado anormal		Enfermedad cardíaca		Cáncer de ovario	
Trastorno autoinmune		Hemofilia		Cáncer de próstata	
Coágulos de sangre (TVP, EP)		Presión arterial alta		Cáncer de piel	
Tumor cerebral		Enfermedad renal		Enfermedad de la piel	
Cáncer de mama		Enfermedad hepática		Accidente cerebrovascular	
Diabetes		Cáncer de pulmón		Enfermedad de Von Willebrand	
Trastorno endocrino		Melanoma maligno		Ninguno	
Otros cánceres Si la respuesta es "Sí", especifique aquí: _____		Otros problemas médicos: Si la respuesta es "Sí", especifique aquí: _____		Adoptado/desconocido	

Alergias	
Enumere las alergias a medicamentos, alimentos o estacionales. Indique si usted es alérgico al látex o a los adhesivos. Si no ha tenido ninguna alergia, escriba "ninguna".	

Medicamentos			
Enumere todos los medicamentos, tanto los recetados como los de venta libre, vitaminas y suplementos dietéticos. Si no ha tenido ninguna alergia, escriba "ninguna".			
Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo por el que lo toma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Farmacia de preferencia:	Ubicación de la farmacia:		

Historial social				
			Forma	Frecuencia
¿Toma bebidas alcohólicas?	S	N		
¿Consume productos de tabaco/nicotina?	S	N		
¿Utiliza alguna droga ilícita/ilegal?	S	N		
¿Consume marihuana o alguna sustancia derivada de la marihuana?	S	N		
¿Consume alguna otra droga recreativa o ilícita/ilegal?	S	N		
¿Hace ejercicio?	S	N		
¿Tiene algún pasatiempo o interés?	S	N		

# Paciente nuevo Documentación



**DERMATOLOGY &  
PLASTIC SURGERY  
OF ARIZONA**

Datos demográficos del paciente			
Primer nombre:		Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:		Sexo al nacer:	Identidad de género:
Número de Seguro Social:	Empleador:		Estado civil:
Raza:	Origen étnico:		Idioma de preferencia:
Proveedor de atención primaria (nombre completo):			Número de teléfono:
Información de contacto			
Teléfono residencial:		Teléfono celular:	
Correo electrónico:		Método de contacto de preferencia:	
¿Podemos enviarle por correo electrónico información sobre productos, servicios y ofertas especiales?    Sí [ <input type="checkbox"/> ]    No [ <input type="checkbox"/> ]			
Dirección física:		Ciudad:	Estado:
Código postal:			
Dirección física alternativa:		Ciudad:	Estado:
Código postal:			
Dirección de facturación (si es diferente de la indicada arriba)		Ciudad:	Estado:
Código postal:			
Contacto de emergencia:		Relación:	Número de teléfono:
Seguro			
Seguro primario:		Seguro secundario:	
Titular de la póliza:		Titular de la póliza:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Relación con el titular de la póliza:		Relación con el titular de la póliza:	
Identificación de miembro:		Identificación de miembro:	
Grupo/póliza:		Grupo/póliza:	

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo a Dermatology and Plastic Surgery of Arizona (DPSAZ) a administrar cualquier tratamiento y realizar cualquier procedimiento que sea necesario o aconsejable para el diagnóstico y atención de esta enfermedad/lesión. Además, por la presente autorizo y encargo a DPSAZ que proporcione información a las compañías de seguros sobre la enfermedad/lesión, incluyendo, en caso necesario, fotografías, y por la presente autorizo y le cedo a DPSAZ todos los pagos por los servicios médicos prestados. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los gastos, sean o no cubiertos por el seguro. Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Consentimiento en cuanto a privacidad

Este consentimiento es exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 para informarle sobre sus derechos de privacidad con respecto a su información de atención médica.

**Consentimiento para la atención:** yo, por medio de mi firma, autorizo a este consultorio, y a cualquier empleado que trabaje bajo la dirección del médico, a prestarme servicios médicos o a prestárselos a este paciente, del cual soy el tutor legal. La atención médica puede incluir servicios y suministros relacionados con mi salud (o la de la persona identificada) y puede incluir (entre otros) cuidados preventivos, terapéuticos de diagnóstico, de rehabilitación, de mantenimiento o paliativos; asesoramiento; evaluación o revisión del estado físico o mental/función del organismo; y la venta o suministro de medicamentos, dispositivos, equipos u otros artículos necesarios y de conformidad con una receta médica. Este consentimiento incluye el contacto y análisis junto con otros profesionales de atención médica en relación con la atención y el tratamiento.

**Consentimiento para la divulgación de información:** autorizo también a este consultorio a proporcionarles información a las compañías de seguros indicadas para los fines de todas y cada una de las actividades de pago. Otorgo además mi consentimiento para que esta se utilice para cualquier necesidad operativa del consultorio, tal como se indica en el aviso de privacidad del consultorio.

**Consentimiento para la cesión de beneficios:** otorgo mi consentimiento para cederle a este consultorio todos los pagos por estos servicios. Comprendo que soy responsable de todos los copagos, los montos aplicados a los deducibles y demás montos que puedan ser considerados mi responsabilidad por las fuentes de pago, según lo exija mi contrato con mi plan de seguro y la regulación estatal. Comprendo además que mi contrato con mi entidad aseguradora puede o no cubrir algunos servicios. Es mi responsabilidad obtener información para mi plan de salud sobre la cobertura de servicios. Si busco atención fuera del contrato, soy consciente de que podría ser responsable de todos los cargos en los que se incurra.

Comprendo que hay un cargo de \$50 por cheque devuelto, que solo se puede pagar en efectivo o por giro postal. Este monto se aplicará a mi cuenta, además del monto por fondos insuficientes, y es posible que se me imponga la condición de “pagos solo en efectivo” después de cualquier cheque devuelto.

**Consentimiento relacionado con el aviso de privacidad:** se me ha entregado una copia del aviso de privacidad del consultorio como parte de este proceso de registro. Comprendo que los términos del aviso de privacidad pueden cambiar y que puedo obtener estos avisos modificados poniéndome en contacto con el consultorio por teléfono o por escrito. Comprendo que tengo derecho a solicitar información sobre cómo se ha divulgado mi información de salud protegida (ISP). También tengo derecho a restringir la forma en que se divulga esta información, pero este consultorio no está obligado a estar de acuerdo con mis restricciones. En caso de que esté de acuerdo con mis restricciones sobre el uso de la ISP, estará vinculado por dicho acuerdo.

Comprendo que este consultorio puede negarme servicios si me niego a firmar este consentimiento. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, pero el consultorio puede negarme otros servicios en ese momento.

**Enumere los nombres de todos los familiares o amigos con los que podamos hablar en relación con su información médica o financiera (p. ej., resultados de patologías, citas, facturación, etc.).**

Nombre	Relación	Número de teléfono
Nombre	Relación	Número de teléfono

Firma del paciente/(tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales/firma del testigo: \_\_\_\_\_



### Política de cancelación

**Si necesita cancelar su cita, notifiquenos sobre dicha cancelación al menos 24 horas antes de la cita programada. Si no puede notificárnoslo con 24 horas de antelación, se le aplicará un cargo por cancelación de cita por “ausencia” por el siguiente monto:**

- Citas de dermatología y cirugía plástica: \$50
- Citas de consulta estética: \$100\*
- Citas para escisión y cirugía de Mohs: \$100

\* El cargo se cobrará al momento de programar la cita. Las cancelaciones con menos de 24 horas de antelación conllevarán un cargo de \$100 en concepto de honorarios de consulta. Las notificaciones de cancelación con más de 24 horas de antelación conllevarán un cargo del 50 % en concepto de honorarios de consulta.

### Depósito y política de cancelación para servicios de estética o láser

**Cancelaciones de tratamientos únicos:** todas las citas para los servicios deben estar respaldadas por una tarjeta de crédito. Requerimos un aviso con 24 horas de antelación para cualquier cambio de fecha/hora o cancelación de citas. Se aplicará un cargo de \$50 por cancelación o “ausencia” si se encuentra dentro de cualquiera de estos períodos de tiempo al cancelar/reprogramar una cita. Los cargos por ausencia se cobrarán en su totalidad y no son reembolsables. El cargo por ausencia se aplicará automáticamente a la tarjeta de crédito que nos autorizó a utilizar para mantener su(s) cita(s).

**Depósitos de paquetes:** muchos de los procedimientos que ofrecemos requieren una cantidad de tiempo considerable para su realización. Para estos procedimientos requerimos un depósito del 50 % del precio total del paquete, para garantizar su cita. Requerimos un aviso con 24 horas de antelación para reprogramar la cita. Si decide reprogramar o cancelar su primer tratamiento del paquete con menos de 24 horas de antelación a la hora de su cita, perderá el 50 % de su depósito. Asimismo, si no se presenta a su primera cita de la serie, perderá el 50 % de su depósito. En cualquiera de los dos casos, el 50 % no es reembolsable. Los paquetes y las series deben pagarse en su totalidad al momento del primer tratamiento. Se le exigirá que pague el saldo restante en su totalidad al momento del primer tratamiento.

**Paquetes:** El primer tratamiento de la serie/paquete debe iniciarse dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de compra y completarse dentro del año siguiente a dicha fecha de compra. Los paquetes y las series deben pagarse en su totalidad al momento del primer tratamiento. Si recibe un paquete o una serie de tratamientos, requerimos un aviso con 24 horas de antelación para reprogramar la cita. Si decide reprogramar o cancelar su cita con menos de 24 horas de antelación a la hora de la misma, perderá el 50 % del valor del tratamiento de esa cita y se le exigirá pagar el saldo restante antes de recibir su tratamiento final. Lo mismo se aplica a las citas a las que no asista. Gracias por comprender nuestra política de pagos. Háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y comprendo la política de pagos y acepto regirme por sus directrices:

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o de la persona responsable

Fecha

Iniciales del testigo



## Consentimiento del paciente para dejar mensajes

Dermatology & Plastic Surgery of Arizona, con el fin de cumplir con las leyes de privacidad, debe recibir una autorización del paciente antes de poder dejar mensajes detallados (que posiblemente contengan información sensible o información de salud protegida) para el paciente en una máquina contestadora o en un buzón de voz. Esta práctica está destinada a proteger la privacidad del paciente y a evitar que los médicos y el personal de Dermatology & Plastic Surgery of Arizona violen la confidencialidad del paciente. Si no se cuenta con un consentimiento firmado en el expediente, los médicos y el personal solo dejarán su nombre y número de teléfono en la máquina contestadora, en el buzón de voz o con la persona que conteste el teléfono, solicitando que el paciente devuelva la llamada.

Al completar el consentimiento a continuación, usted otorga su autorización para que Dermatology & Plastic Surgery of Arizona deje mensajes de voz que contengan su información médica/la información médica de su hijo en el (los) número(s) de teléfono indicado(s) a continuación. Esta información puede incluir, entre otros, datos demográficos (nombre del paciente, fecha de nacimiento, dirección, etc.), datos de facturación e información médica (fechas de citas, diagnóstico, medicamentos, resultados de pruebas, etc.).

Yo, el abajo firmante, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de voz que contengan mi información médica/la información médica de mi hijo en el (los) siguiente(s) número(s) de teléfono:

**Teléfono principal:**

\_\_\_\_\_

(Código de área y número de teléfono)

**Teléfono alternativo (opcional):**

\_\_\_\_\_

(Código de área y número de teléfono)

Comprendo que Dermatology & Plastic Surgery of Arizona no puede exigirme que firme este formulario para poder recibir tratamiento. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario completado.

Comprendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Dermatology & Plastic Surgery of Arizona. Mi decisión de revocar este consentimiento no se aplica a la información divulgada en mensajes de voz anteriores a la fecha de la revocación.

Por medio de mi firma a continuación, certifico que he leído y comprendido los puntos de este formulario, que he proporcionado información veraz sobre mi identidad/la identidad de mi hijo, y que soy el paciente o el representante legalmente autorizado del paciente.

\_\_\_\_\_ **No otorgo mi consentimiento para que se dejen mensajes en casa, en el trabajo, en el celular ni con ninguna otra persona. Deseo que me contacten directamente.**

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Testigo:** \_\_\_\_\_