



DERMATOLOGICAL ASSOCIATION OF TEXAS

451 N. Texas Ave
Webster, TX 77598
281-333-DERM (3376)
Fax: 281-335-4605

6655 Travis, Suite 100
Houston, TX 77030
713-528-8818
Fax: 713-528-8848

Stephen Tyring, MD, PhD, MBA
Saira George, MD
Karan Sra, MD

Formas Para Pacientes Nuevos

Bienvenidos a nuestra oficina. Proveer a usted con un cuidado excepcional es la motivación y la intención de nuestros médicos y empleados.

Le apreciamos tomando el tiempo para completar estas formas correctamente de modo que nosotros podamos poner su información importante en su registro medico. Esta información es muy importante para nosotros en poder asistirle con el cuidado, tratamiento, y administración de sus condiciones dermatológicas.

Hay **cuatro** páginas para usted para llenarse.

La primera pagina es una **FORMA DE REGISTRO** que solicita la información del paciente y del seguro medico.

Su firma y fecha en el fondo son requeridas.

Después es un cuestionario de **HISTORIA MEDICO** de dos páginas. Debemos saber los detalles de su condición médica corriente y previa a fin de proveerle de la asistencia médica de calidad.

La página final detalla sus **RESPONSABILIDADES FINANCIERAS** y sus derechos acerca de la **PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD.**

Por favor lea estas pólizas y firme y fecha en ambos sitios.

Si usted necesita ayuda en completar estas formas, nuestra recepcionista será feliz en ayudar.

Gracias por su cooperación. Tenemos ganas de ayudarle a mejorar su salud!

DERMATOLOGICAL ASSOCIATION OF TEXAS



PATIENT DEMOGRAPHIC INFORMATION

Please **PRINT** clearly and complete **ALL** sections

451 N. Texas Ave
Webster, TX 77598
281-333-DERM (3376)
Fax: 281-335-4605

6655 Travis, Suite 100
Houston, TX 77030
713-528-8818
Fax: 713-528-8848

Fecha:

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|---|---------------------|---------------------------|
| Apellido | Primer Nombre | Inicial Media | Sobrenombre |
| Domicilio | | | # de apartamento / unidad |
| Ciudad | Estado | Código Postal | |
| Teléfono de Casa | Teléfono de Trabajo | Teléfono de Celular | |
| Fecha de Nacimiento | Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Medico de Cuidado Primario | # de Teléfono | Medico de Referencia | # de Teléfono |
| Tiene usted seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Es usted el asegurado o depende? <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Dependiente | |
| Seguro Primario | Dirección de Seguro | | Teléfono de Seguro |
| Nombre del asegurado: Apellido, Nombre y Inicial Media (si el paciente es un dependiente) | | | Fecha de Nacimiento del Asegurado |
| Dirección de Seguro: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente del paciente) | | | Numero del Asegurado |
| Relación del Paciente al Asegurado | Nombre de Padre Primario/Guarda: Apellido, Nombre, Inicial Media (si el paciente es un menor) | | |
| Seguro Secundario | Dirección de Seguro | #de Teléfono | |
| Nombre de Asegurado (si no es el paciente) | Fecha de Nacimiento | Relación al Paciente | |

PREFERENCIAS DE INFORMACION MEDICA

Podemos nosotros enviarle por correo electrónico recordatorios de cita o información? Si No

Podemos nosotros dejar mensajes sobre información medica o recordatorios de cita en su:

Teléfono de Casa? Si No Teléfono Celular? Si No Teléfono de Trabajo? Si No

Raza: Blanco Negro Asiático Indio Indígena Otro Pertenencia Étnica: Hispano No Hispano

Nombre de Farmacia Dirección Numero de Teléfono

EMERGENCIA E INFORMACION DE CONTACTO

| | | | |
|--|--------------------|-------------|----------------------|
| En caso de emergencia, a quien podemos notificar: Nombre | Numero de Teléfono | Otro Numero | Relación al paciente |
| Hay otros miembros de familia o personas con quien usted nos autoriza para hablar de su información medica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si se: | | | |
| Nombre | Teléfono | Relación | |
| Nombre | Teléfono | Relación | |

FIRMA

| | |
|--|-----------------------|
| Firma del Paciente | Fecha |
| Por este medio afirmo que soy el padre legal o el guarda del paciente y tengo autoridades para tomar la decisión en cuanto a tratamientos médicos. | |
| Padre/Guarda: (Apellido, Nombre, Inicial Media) | Firma de Padre/Guarda |

Mande por fax la forma completa con su licencia o ID y tarjeta de seguro:
Oficina en Clear Lake: 281-335-4605 Oficina en Centro Medico de Texas: 713-528-8848



DERMATOLOGICAL ASSOCIATION OF TEXAS

451 N. Texas Ave
 Webster, TX 77598
 281-333-DERM (3376)
 Fax: 281-335-4605

6655 Travis, Suite 100
 Houston, TX 77030
 713-528-8818
 Fax: 713-528-8848

Historia Médica del Paciente

Nombre _____ Apellido _____

Razón de visita de hoy _____ Fecha de Nacimiento _____

Nivel de incomodidad: Ninguno Moderado Suave Severo

Cuanto tiempo tiene usted con los síntomas? ____ dais semanas meses anos

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA ACTUALMENTE, INCLUSO SUPLEMENTOS Y PARA QUE CONDICION MÉDICA (use una hoja adicional si es necesario):

| Medicamentos | Condición |
|--------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

TIENE USTED ALERGIAS MEDICAS? SI NO SI SI, POR FAVOR ESPECIFIQUE EL TIPO Y LA REACCION:

| Nombre de Medicación | Tipo de Reacción Alérgica |
|----------------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |

ANOTE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS QUE USTED HA TENIDO EN LOS ULTIMOS 5 ANOS (use una hoja adicional si es necesario):

| Cirugía | Mes/Ano |
|---------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |

ANOTE TODOS LAS HOSPITALIZACIONES QUE HA TENIDO EN LOS ULTIMOS 5 ANOS (use una hoja adicional si es necesario):

| Condición Medica | Mes/Ano |
|------------------|---------|
| | |
| | |

HOSPITALIZACIONES continuado

| | |
|--|--|
| | |
| | |

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Madre Vivo Edad ____ Fallecido Causa de muerte _____
Padre Vivo Edad ____ Fallecido Causa de muerte _____
Hijos ____ Edad ____ M F Edad ____ M F Edad ____ M F Edad ____ M F Edad ____ M F
Historia Familiar: Cancer de la Piel Otro Cancer Culibria Herpes/Fogosas

PERSONAL/HABITOS SOCIALES E HISTORIA:

Usted fuma cigarrillos? No Si # de paquetes por día ____
Usted bebe alcohol? No Si # bebidas por semana ____
Hace usted algún tipo de drogas? No Si
A sido usted expuesto al VIH? No Si
Ha sido usted expuesto al Hepatitis? No Si
Cantidad de exposición al sol diaria? bajo medio alto
Usa usted camas bronceadoras? No Si
Usted se broncea intencionadamente en sol? No Si # veces por mes ____
Estado Civil Soltero/a Casado/a Relación comprometida
Ocupación Tiempo completo Tiempo Parcial Tipo de trabajo _____ Jubilado

OTRA INFORMACION MEDICA

A tenido cambio de color en sus lunares? Si No
Tiene usted cualquier masa en su piel? Si No
Tiene usted piel seca o sensible? Si No
Tiene usted problema con curación de la piel? Si No
Tiene usted un fabricante de paso o un desfibrilador? Si No
Tiene usted la tendencia de desarrollar cicatrices? Si No
Es usted alérgico a cinta o vendas? Si No
Es usted alérgico a antibióticos actuales? Si No
Toma aspirina o otro medicamento para adelgazar la
sangre ? Si No
Tiene usted ocurrencia de la válvula mitral? Si No
Es su sistema inmunológico normal? Si No
Usted experimenta la sudación excesiva? Si No
Tiene problemas con sus ungas de los dedos de las
manos o los pies? Si No

ESTA USTED INTERESADO EN RECIVIR INFORMACION O UNA CONSULTA GRATIS SOBRE:

Productos de cuidado de piel Si No Facial y Venas de Pierna Si No
Botox y Rellenos Si No Retiro de pelo de Láser Si No
Foto de Laser Facial Si No Cascaras Faciales Si No
Tratamientos Anti-envejecidos Si No Abrasion de Microderm Si No



DERMATOLOGICAL ASSOCIATION OF TEXAS

451 N. Texas Ave
Webster, TX 77598
281-333-DERM (3376)
Fax: 281-335-4605

6655 Travis, Suite 100
Houston, TX 77030
713-528-8818
Fax: 713-528-8848

POLIZA SOBRE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

El suministro de la asistencia médica de calidad para nuestros pacientes es nuestra preocupación primaria. Lo siguiente es un resumen de nuestra póliza financiera. Seríamos felices proporcionar la aclaración adicional si es necesario. Preguntamos que usted leer y firmar el siguiente para reconocer que usted ha sido informado de su responsabilidad financiera de servicios médicos proporcionados aquí.

Antes de la vista de un profesional médico en DAT, un empleado hablara con usted de los gastos probables implicados en su procedimiento (s) y examinara su responsabilidad financiera.

Aceptamos unos ciertos proyectos de seguro; por lo tanto por favor provéanos de su tarjeta de seguros. Le avisaremos si su plan es un para que somos un abastecedor designado. Si usted desea ser visto en DAT, usted es responsable del pago de todas las co-pagas y o gastos deducibles en el momento del servicio. Si su seguro es un plan para el cual no somos un abastecedor designado, somos más que complacientes a proporcionar el cuidado y usted será responsable del pago en el momento del servicio.

Por favor recuerde que las pólizas de seguros pueden no cubrir todas las condiciones y honorarios. Para ser totalmente conciente de su lista de ventajas, por favor lea su póliza de seguros o llame a un representante de seguros.

Algunos procedimientos realizados en DAT son considerados cosméticos y no serán cubiertos por el seguro. Cualquier análisis de laboratorio que requerimos, pero no realizamos interior, será enviado a un laboratorio externo como requerido por su seguro. Usted puede recibir una cuenta separada para servicios de laboratorio.

Aceptamos Medicare y archivaremos todas las reclamaciones para pacientes con Medicare. Por favor dénos su tarjeta de seguros secundaria y también lo archivaremos.

Aceptamos el pago en la forma de dinero efectivo, cheque, o tarjeta de crédito o debito. Cualquier cheque devuelto a nosotros debido a fondos insuficientes es procesado por Telecheck. El honorarios de Telecheck depende de la cantidad del cheque.

Si usted no va a poder asistir a su cita, previo aviso de 24 horas es solicitado.

He leído esta póliza financiera y entiendo que tengo la responsabilidad del pago de servicios médicos proporcionados por DAT, y por este medio asumo y garantizo el pago de todos los gastos incurridos durante mi visita. Se demanda judicial ser requerido asegurar el pago de esta cuenta, consiento en pagar los gastos judiciales incurridos por esta oficina.

Firma del Paciente o Partido Responsable

Fecha

Practicas de Privacidad de HIPAA

Como requerido a consecuencia de Acto de Responsabilidad y Portabilidad de seguro Medico de 1996 (HIPAA)

Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad proporciona la información sobre como nosotros podemos usar y revelar la información de salud protegida sobre usted. El aviso contiene una sección acerca de los Derechos de Pacientes conforme a la ley. Usted puede examinar el aviso antes de firmar este consentimiento. El paciente tiene el derecho de restringir los usos de su información.

Firmando esta forma, usted reconoce que usted ha leído y entiende nuestro aviso de Prácticas de Privacidad y consiente en nuestro uso y revelación de la información de salud protegida sobre usted para tratamiento, cobertura y pago de su compañía de seguro medico y operaciones de asistencia medica totales.

Firma del Paciente o Partido Responsable

Fecha



DERMATOLOGICAL ASSOCIATION OF TEXAS

451 N. Texas Ave
Webster, TX 77598
281-333-DERM (3376)
Fax: 281-335-4605

6655 Travis, Suite 100
Houston, TX 77030
713-528-8818
Fax: 713-528-8848

Pacientes con Medicare y Medigap

MEDICARE

Se requiere que esta oficina le guarde firma en el archivo que nos autoriza para archivar reclamaciones de Medicare para usted y libere la información al pagador si ellos lo requieren para la consideración apropiada de una reclamación. Por favor lea y firme la declaración siguiente:

Autorizo a cualquier sostenedor de la información medica u otra sobre mi para liberar a los Centros de Medicare y Medicaid o sus intermediarios o portador cualquier información necesaria para este o una reclamación relacionadas con Medicare. Permito a una copia de esta autorización ser usado en el lugar del original, y el pago de petición del seguro medico se beneficia a mi o el partido que acepta la asignación. Las regulaciones que pertenecen a la asignación de Medicare de ventajas se aplican. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

La Firma del Paciente como aparece en la tarjeta de Medicare

Fecha

MEDIGAP

Si usted tiene una póliza suplemental y esto es una póliza Medigap a la cual Medicaid automáticamente "atraviesa", se requiere que nosotros guardemos una firma separada en el archivo.

Por favor lea y firme la declaración que sigue:

Solicito ventajas de Medigap autorizadas para ser hechas de mi parte para cualquier servicio amueblado a mí. Autorizo a cualquier sostenedor de la información medica para liberar a mi portador Medigap cualquier información que necesite para determinar estas ventajas o las ventajas pagaderas para servicios relacionados.

La Firma del Paciente como aparece en la tarjeta de Medicare

Fecha