

**REGISTRACION DEL PACIENTE**

EDUARDO WEISS, M.D. • ANNA FALABELLA, M.D. • RONALD D. SMITH, M.D.  
 JULIAN O'NEIL MOORE, D.O. • STANLEY A. SPATZ, M.D. • SHOLOMO LANES, M.D.  
 RICHARD FEINSTEIN, M.D. • SADEGH AMINI KOVES, M.D.  
 BERTHA BAUM, D.O. • NADINE G. SORO, D.O. • ANN MAZOR REED, D.O.  
 NANCY A. MUSKAT, PA-C • LUCIA KRAUS, PA-C  
 MARIA VICTORIA LASERNA, PA-C • SUSANA MANDEL, ARNP

Nombre: \_\_\_\_\_  Jr.  Sr.  
Primero Segundo Apellido

Prefiere que le llamen: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Casado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)  Viudo(a)

Raza: Blanca  Negra  Asiatica  India  Otra  Declina Informarla

Etnia: Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Lenguaje que habla (Idioma): \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre Direccion

Hogar ☎: \_\_\_\_\_ Fecha/Nacio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_  
Mes Dia Año

Trabajo ☎: \_\_\_\_\_ Celular ☎: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Dueño Poliza S.S. # \_\_\_\_\_

A donde debe ser enviado el estimado de su cuenta si es diferente de la informacion de arriba?

\_\_\_\_\_  
Nombre Direccion Apt.# Estado Codigo postal

Doctor primario: \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_

Quien lo refirio? \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ Su E-mail: \_\_\_\_\_

Para poder establecer relaciones optimas con nuestros pacientes y evitar malentendidos con respecto a nuestras politicas de pago, nuestro personal esta capacitado para que usted sea informado de las politicas financieras de esta oficina. EL PAGO DE "SU PARTE" POR LOS CARGOS, SERA REQUERIDO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE, PARA SU CONVENIENCIA ACEPTAMOS VISA O MASTERCARD. Su firma abajo indica que usted entiende y acepta estas condiciones. Además, su firma autoriza al doctor para que la informacion medica necesaria, sea enviada para procesar la cobertura a su seguro (si lo hay). En este documeto usted autoriza el pago de beneficios medicos al medico cuando el reclamo asignado sea sometido.

Es reglamento de esta oficina en que el adulto que presenta a un menor de edad para tratamiento, es responsable del pago de la porcion del paciente al momento del servicio.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado si es diferente al paciente

Relacion del paciente con el asegurado:  Propio  Menor de edad  Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA DERMATOLOGICA (PIEL)**

EDUARDO WEISS, M.D. • ANNA FALABELLA, M.D. • RONALD D. SMITH, M.D.  
 JULIAN O'NEIL MOORE, D.O. • STANLEY A. SPATZ, M.D. • SHOLOMO LANES, M.D.  
 RICHARD FEINSTEIN, M.D. • SADEGH AMINI KOVES, M.D.  
 BERTHA BAUM, D.O. • NADINE G. SORO, D.O. • ANN MAZOR REED, D.O.  
 NANCY A. MUSKAT, PA-C • LUCIA KRAUS, PA-C  
 MARIA VICTORIA LASERNA, PA-C • SUSANA MANDEL, ARNP

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Es alérgico a algún medicamento?  SI  NO Si es así, describalas:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido la anestesia dental (novocaína u otro)?  SI  NO Reacción adversa?  SI  NO

Haga una lista de todos los medicamentos que esté tomando

(incluyendo recetas medica, medicamentos de venta libre o sin receta, vitaminas o herbales):

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Tiene usted ahora, o ha tenido alguna vez enfermedades o condiciones de?: (Por favor marque SI o NO)

<b>Pulmones:</b> .....	SI	NO	<b>Otros Sistemas:</b> .....	SI	NO
Bronquitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos cronica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vejiga .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos por la mañana .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor Constante .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvido al respirar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Estomcales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cardiovascular</b> .....	SI	NO	<i>Nausea, vomito, diarrea</i>		
Alta presion sanguinea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando toma Antibioticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Infecciones por Candida (Yeast)</i>		
Ataque al Corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis/Desformidades por artritis ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el Corazón ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artralgia (dolor articular) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latidos Irregulares .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimientos Limitados .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flebitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones Artificiales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamacion de venas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o Epilepsia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulos de Sandre ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Marcapasos</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protesis o Valvulas Artificiales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alguna otra enfermedad o condicion?: \_\_\_\_\_

Procedimientos quirúrgicos en los últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

**Piel:**  
 Alguna vez ha tenido cáncer de piel? \_\_\_\_\_  SI  NO  
 Alguien en su familia ha tenido cáncer de piel? \_\_\_\_\_  SI  NO  
 Tiene antecedentes de algunas enfermedades específicas de la piel? \_\_\_\_\_  SI  NO cual? \_\_\_\_\_  
 Tiene problemas con la cicatrización? \_\_\_\_\_  SI  NO  
 Desarrolla queloides (cicatrices) después de la cirugía? \_\_\_\_\_  SI  NO  
 Sangra fácilmente? \_\_\_\_\_  SI  NO

**Usted desarrolla erupciones en la piel por reacción a:**  Medicamentos  Comida  Ambiente? \_\_\_\_\_

**Historia social:**

Consumo alcohol?  SI  NO cuanto por dia? \_\_\_\_\_  
 Usa drogas intravenosas?  SI  NO cual? \_\_\_\_\_ que frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Fuma?  SI  NO cuantos al dia? \_\_\_\_\_

Ha tenido o ha estado expuesto al VIH (SIDA)?  SI  NO

Por favor, responda las siguientes preguntas:

**(Mujeres) Está embarazada?**  SI  NO En que fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Está pensando en quedar embarazada en un futuro cercano?**  SI  NO

Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_ Pasatiempos \_\_\_\_\_

Completado por:  Paciente  Asistente Medico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Revisado por



Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Archivo: \_\_\_\_\_

## **Consentimiento en Política de Hollywood Dermatology**

*Lo siguiente es para informarle de nuestras políticas de esta oficina. Algunas políticas enumeradas abajo pueden no pertenecer a su tratamiento específico, pero puede, por los procedimientos y/o tratamientos futuros. Por favor revise y firme abajo.*

Los menores de 18 años tienen que estar presentes en el momento de su cita, con su padre, tutor legal o un adulto autorizado. Una nota debe ir acompañada con el adulto autorizado, firmada por el padre del paciente, dando plena autorización al adulto presente. Los menores de 18 años no se verán si no van acompañados por un adulto.

**Costo del tratamiento:** las tasas de tratamiento son estimaciones y podrían cambiar en función de las necesidades del plan de tratamiento.

**El paciente es responsable de todos los deducibles de seguros, co-pagos y servicios sujetos a su limitación plan de seguro y exclusiones.**

**El paciente es responsable de todos los saldos adeudados con todas las compañías de seguros fuera de la red.**

**Proveedores con su seguro:** Es su responsabilidad saber si su médico se considera un proveedor "dentro de la red" por su plan. Por favor, póngase en contacto con su seguro para verificar. Si usted tiene más preguntas con respecto a su plan de seguro, puede comunicarse con nuestro departamento de facturación también.

**Opciones de pago:** efectivo, cheque, VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS, DISCOVER, tarjetas de débito, MONEYORDERS, CHEQUE DE CAJEROS Y **CareCredit** (con \$ 300.00 mínimo para el crédito de cuidado) son las formas de pago aceptadas.

**Planes de pago:** Los planes de pago se pueden organizar con **CareCredit**. Todos los saldos que no se les paga menos de 3 meses podrán someter a una agencia de colección. Si usted está interesado, puede solicitar **CareCredit** en nuestra oficina hoy.

**Hay una cuota de \$ 25.00 si usted no puede cancelar o reprogramar una visita con al menos 24 horas antes.** Algunos procedimientos cosméticos pueden incurrir en una tasa más elevada por incumplir la cita.

**Todas las tasas de estancia de pago cosméticos y privados deben ser pagados al momento del servicio.** Si usted no puede asistir a su cita estética usted debe cancelar o reprogramar su cita al menos 48 horas de antelación. Existe un cargo por \$ 200.00 se evaluará a su cuenta si usted no cancelar o reprogramar su cita cosmética 48 horas antes.

**Procedimientos cosméticos, tales como blefaroplastia, Laser Lipo, Láser CO2, requieren el 100% del pago completo antes de la cita.** Usted puede pagar con las principales tarjetas de crédito, cheque o **CareCredit**.

**Eliminación cosmética de lesión benigna (s)** Marcas en la piel, manchas de la edad y los lunares normales se consideran procedimientos cosméticos. Hollywood Dermatología no factura compañías de seguros para procedimientos cosméticos desde Hollywood Dermatología no recibirá ningún pago del transportista por los servicios prestados.

**Política en Re-ordenar Prescripción:** Nuestros médicos prescriben a sus pacientes las recetas suficientes para durar hasta el seguimiento en la próxima cita.

No podemos volver a llenar recetas por teléfono. Si desea recargar cualquier medicamento recetado por uno de nuestros médicos, consulte a su médico que está viendo hoy durante su examen.

**Todos patología y otro de laboratorio de muestras quirúrgicas son enviadas a laboratorios externos para el procesamiento y el análisis, lo que puede llevar a un cargo adicional se le puede cobrar fuera de nuestra oficina.**

Es su responsabilidad para hacernos saber si su compañía de seguros requiere que enviemos sus laboratorios a un patólogo específico con el fin de que usted reciba todos los beneficios.

**Por favor avise a su médico de su historial de alergia.** Algunos procedimientos pueden requerir el uso de la anestesia, guante de látex y ciertos medicamentos por lo que es importante conocer sus alergias antes de tiempo.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

## Consentimiento del Paciente para Fotografía Médica

Marque aquí si menor de edad o incapaz de proporcionar consentimiento \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Doy consentimiento para fotografías médicas que se harán de mí o mi hijo(a) (o la persona por quien yo soy legal tutor). Entiendo que la información puede ser usada en mi expediente médico, a los efectos de enseñanza de la medicina, o para su publicación en los libros de medicina o revistas como señalo a continuación. Al aceptar este consentimiento de estas fotografías médicas entiendo que no voy a recibir pago de cualquier origen. La negativa a dar consentimiento para fotografías, de ninguna manera afectará la atención médica que voy a recibir. Si tengo alguna pregunta o deseo retirar la autorización que en el futuro puedo contactar. Al firmar este formulario confirmo que este consentimiento se me ha explicado en términos que entiendo.

**1)** Doy consentimiento para que estas fotografías se utilice en las publicaciones médicas, incluyendo las revistas médicas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Entiendo que la imagen puede verse por los miembros del público en general, además de los científicos e investigadores médicos que utilicen habitualmente estas publicaciones en su educación profesional. Aunque estas fotografías se utilizarán sin información de identificación, como mi nombre, yo entiendo que es posible que alguien me reconozca. También estoy de acuerdo de que mi imagen se mostrará con fines docentes y que se utilizará para mi expediente médico.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

**2)** Estoy de acuerdo de que mi imagen se mostrará con fines didácticos y para ser utilizado por mi médico registro, pero no para la publicación médica:

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

**3)** Estoy de acuerdo con el uso de mi imagen para registros médicos **UNICAMENTE**:

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

Para los pacientes entre las edades de 7 y 18 años , una firma a continuación indica que la información de este formulario de consentimiento se ha explicado a mí , y yo asentimiento a usar de mis imágenes como se describe anteriormente:

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)