



Informacion Del Paciente

Nombre y Apellido _____

Direccion _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Número de seguro social _____

Fecha de nacimiento _____ Género _____ Masculino _____ Femenino

Telefono principal _____ (casa/trabajo/celular)

Teléfono secundario _____ (casa/celular/trabajo)

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido _____ Teléfono _____ correo electrónico

Contacto de emergencia _____

Relación (pariente o amigo) _____ Número de teléfono _____

Medico Primario _____ Telefono _____

Información Del Seguro

Compañía primaria del seguro _____

Direccion _____

Telefono _____

Numero de Identificacion _____

Numero de grupo _____

Asegurado Principal (si es diferente de arriba)

Nombre de la persona responsable _____

Genero _____ Masculino _____ femenino

Fecha de nacimiento _____ Relación (pariente o amigo) _____

Dirección (si es diferente) _____

Telefono de la casa _____ Telefono celular _____

Informacion Sobre Su Empleo

Compañía _____ Direccion _____



Si Usted Tiene Un Seguro Adicional Por Favor Llene La Siguiente Informacion

Compañía de aseguradora secundaria _____
Teléfono _____ Direccion _____
Numero de Identidad _____ Numero de grupo _____
Nombre del beneficiario _____
Fecha de Nacimiento _____

Historia Medica (por favor haga un círculo a la condicion medica que tenga)

Ansiedad	Enfermedad de arterias coronarias
Colesterol Alto	Artritis
Depresion	Hiper o hipotiroidismo
Asma	Diabetes
Leucemia	Arritmia: latidos irregulares del corazon
Enfermedad Renal	Cancer de pulmon
BPH	GERD
Linfoma	Transpante de medula osea
Perdida Auditiva	Cancer de prostata
Cancer de pecho	Hepatitis
Terapia de radiacion	Cancer de colon
Presion Alta	Epilepsia
Derrame cerebral	HIV / SIDA
Enfermedad pulmonar obstructive cronica	

Otras Condiciones _____

Historia quirúrgica (por favor Haga un círculo a todo lo que aplique)

Extraccion de la Apendice	Biopsia de riñon
Extraccion de la vejiga urinaria	Extracion de rinon (derecho, izquierdo,)
Mastectomia (derecho, izquierda, bilateral)	Extraccion de piedras en los riñones
Biopsia del pecho (derecho, izquierda, bilateral)	Transplante de riñon
Reduccion de pecho	Endometriosis/ovaries Extraidos
Implante de pecho	Quiste extraido de los ovarios
Reccecion de cancer de colon	Ovarios extraidos/cancer de ovarios
Colostomia: IBD	Extraccion de la prostata
Extraccion de la vesicula biliar	Biopsia de la prostate
Corazon: Cirugia de bypas arterias coronarias	Prostata: TURP
Corazon: PTCA	Biopsia de prostata
Corazon: Remplazo de Valvulas (mecanicas/biologicas)	Cirugia de carcinoma de celulas basales
Corazon: Transplante	Cirugia de celulas escamosas
Remplazo de articulacion: rodilla (derecha, izquierda, bilateral)	Cirugia de melanoma
Remplazo de articulacion: Cadera (derecha, izquierda, bilateral)	Extraccion del bazo
Remplazo de articulacion en los ultimos 2 años	Utero/Histerectomia: Fibromas
	Utero/Histerectomia: Cancer de utero

Otras Cirugias _____



Si tienes alguna de las siguientes condiciones de piel (por favor haga un círculo a todo lo que aplique)

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Acné | Piel seca | Alergias |
| Queratosis Actínica | Eczema | Psoriasis |
| Cancer de celulas basales | Picor y escamas en el cuero cabelludo | Lunares precancerosos |
| Cáncer de celulas escamosas | Ampollas o quemaduras del sol | hiedra venenosa |
| Melanoma | | |

usted usa bloqueador solar? Sí/No en caso afirmativo, qué SPF _____

se broncea en un salón de bronceado? Sí/No

En su familia Alguien tiene historia de melanoma? Sí No en caso afirmativo, cual pariente? _____

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Medicamentos (por favor haga una lista con todos los medicamentos que usa incluyendo vitaminas, suplementos, remedios herbales, medicamentos con o sin prescripcion por favor escribe los miligramos ejemplo: aspirina, ibuprofeno)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Vacunas: Por favor escribe las fechas (o "no sé") de sus vacunas más recientes para:

Influenza: _____ Neumonía: _____ Tétano: _____ COVID19 _____

Alergias de alimentos y medicamentos incluyendo lidocaine y látex (por favor especifique las reacciones)

Farmacia y ubicación _____

Historia social (por favor haga un círculo en lo que aplique)

Consumo de alcohol:

- No consumo alcohol
- Menos de 1 bebida al día
- 1-2 bebidas diarias
- 3 + bebidas por día

Consumo de tabaco:

- Nunca he fumado
- Actualmente fuma diario si / no
- He fumado en el pasado



Usted tiene una Directris Medica ____SI____NO

Quien esta encargado de su Atencion Medica _____

Otros Problemas Medicos (Por favor circule los que apliquen o agregue lo que cosidere importante)

Problemas al sangrar

Perdida de peso no intensional

Cuello rigido

Problemas al curar

Problemas de tiroides

Dolor de cabeza

Problemas al cicratizar

Dolor de garganta

Epilepcia

Vision borrosa

Toz

Falta de respiracion

Tienes cualquier otra historia médica que el Dr. Meulener debe saber?

Firma _____ **Fecha de Nacimiento** _____



CHOICE DERMATOLOGY

Marc Meulener MD, PhD

INFORMACIÓN DE LAS POLÍTICAS

Política financiera

En este momento, estamos en la red con más planes de seguro incluyendo:

- Horizon Blue Cross Blue Shield
- United Healthcare
- Oxford
- Aetna
- Cigna
- Amerihealth
- Medicare
- WellCare
- AmeriGroup (Medicare Advantage Plan solamente)
- QualCare

No participamos con programas de Medicaid tradicional

Los pacientes son responsables de los copagos en el momento del servicio.

Si no estamos participando con el plan del seguro, el paciente será responsable del pago en el tiempo del servicio.

Los miembros de los planes HMO generalmente necesitan un referido electrónico de su médico primario. Si el referido no se obtiene antes de la visita el paciente no podrá ser atendido.

La oficina acepta efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, care credit.

Política de cancelación

Por favor denos 24 horas de previo aviso para cambiar o cancelar citas.

Apreciamos sus esfuerzos para llegar 15 minutos antes para completar los papeles. Haremos todo lo posible para que usted vea el Doctor a tiempo.

Atentamente:

Marc Meulener, MD, PhD

Cennia Acosta, PA-C



RECONOCIMIENTO de prácticas de privacidad y acceso electrónico

Una copia escaneada de esta autorización será considerada tan válida como la original.

Esta autorización podrá ser revocada por mí en la escritura.

1. Las prácticas de privacidad y liberación de mi información de salud protegida

Puedo negarme a firmar este documento.

He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de opción Dermatología LLC.

Por la presente autorizo al médico para liberar cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a mi médico o a mi compañía de seguros, información necesaria para determinar los beneficios.

2. Autorización para pagar los beneficios al médico

Por el presente yo asigno pagos directamente al medico por los beneficios quirurgicos o medicos.

Entiendo que soy responsable por los cargos no cubierto por el Seguro medico.

3. Politica de cancelacion

Entiendo que si cancelo o cambio mi cita antes de 24 horas me van a cobrar \$25.00

Firma del paciente o los padres si el paciente es menor de edad.

Fecha

4. Acceso registro médico electrónico

Soy conciente de que se me asignara una cuenta con acceso electronico a mi expediente medico. La practica me proporsionara un nombre de usuario y contraseña bajo peticion.

Firma del paciente o de los padres si el paciente es menor de edad.

Fecha

Opcional: **AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA A MI TERCERO**

La siguiente persona (s) puede recibir informacion medica en mi nombre:

Nombre / relacion con el paciente y firma del paciente

Para uso de la oficina solamente:

Hemos intentado Obtener el consentimiento del paciente por escrito sobre nuestras practicas de privacidad, pero el consentimiento no se pudo obtener porque:

___ El paciente se nego a Firmar.

___ Barreras de comunicacion prohibidas para obtener el consentimiento.

___ **Una situacion de emergencia nos a impedido obtener el consentimiento.**

___ **Otro:** _____



CHOICE DERMATOLOGY

Marc Meulener MD, PhD

Poliza de 24 horas para cancelar citas medicas

Choice dermatology tiene una poliza de 24 horas para cancelar las citas medicas.

Si usted pierde su cita medica o no la cancela antes de 24 horas usted va a tener una multa de \$ 25 dolares.

Esta poliza fue establecida para hacer respetar a nuestros Doctores Y a nuestros pacientes. Las cancelaciones con menos de 24 horas son dificiles de ofrecer a otros pacientes. Por haber notificado al ultimo momento o no haberlo hecho, usted impide que otro paciente pueda ser atendido.

Si usted firma esta notificacion usted nos deja saber que leyo y entendio la POLIZA DE 24 HORAS PARA CANCELAR CITAS MEDICAS como lo describe anteriormente CHOICE DERMATOLOGY.

Gracias por su atencion y cooperacion.

Nombre

Firma

Fecha