

Front Desk Check-In  
Initials \_\_\_\_\_



Account # \_\_\_\_\_  
(Office Use Only)

Dia \_\_\_\_\_  
 Paciente Nuevo  
 Cambio de Nombre  
 Cambio de domicilio  
 Cambio de aseguranza

### Informacion del Paciente

*\*Porfavor llenar formulario completo\**

Nombre Y Appellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sex: M F  
Dirección postal \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_  
Telefono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono durante el dia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltera  Casada (o)  Divorciada (o)  Vuida (o)  Separada (o)  
Correo Electronico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ le gustaría recibir correos electrónicos de nosotros?  Si  No  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_  
Nombre del médico remitente \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Miembros de la lista de la familia que son pacientes \_\_\_\_\_

### Pariente o Persona Responsable

*(Se aplica solamente a Menores)*

Nombre Y Appellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sex: M F  
Dirección postal \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono durante el dia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_

### Primera Poliza

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nombre del seguro \_\_\_\_\_ seguros de teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Tipo de Poliza: *(Esoja uno)*  PPO  EPO  POS  HMO  GOV  
ID# \_\_\_\_\_ Grupo/Poliza \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador \_\_\_\_\_  
Paciente relacion con asegurado: *(Esoja uno)*  Misma(o)  Esposa (o)  Niña(o)  Adoptiva(o)  Otra (o) \_\_\_\_\_

### Segunda Poliza

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Seguros de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_ Tipo de Poliza: *(Esoja uno)*  PPO  EPO  POS  HMO  GOV  
ID# \_\_\_\_\_ Grupo/Poliza \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
Paciente relacion con asugurado: *(Esoja uno)*  Misma(o)  Esposa (o)  Niña(o)  Adoptiva(o)  Otra (o) \_\_\_\_\_



SUMMERLIN  
DERMATOLOGY

**Informacion del Paciente**

*\*Porfavor llenar formulario  
completo\**

**Contacto en caso de Emergencia**

Nombre del Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
Relacion al paciente \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
Telefono del dia(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono de tarde (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Informacion de la farmacia**

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Telefono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Numero de Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Como usted escucho de Summerlin Dermatologia?** *(Porfavor escoja uno)*

Peridico  Radio  Magazine  Doctor  Familia/Amiga (o)  Pagina Amarillas  Internet  Correo  Otro: \_\_\_\_\_

**Divulgación de información y asignación de beneficios**

Por la presente cedo todos los médicos y / o beneficios médicos y quirúrgicos para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho, los seguros privados, y cualquier otros planes de salud a: Summerlin Dermatología, Reuel MD Espacio.  
Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación es para ser considerada tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por el seguro. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información médica a mi médico de cabecera o médico remitente, a los consultores si es necesario y cuando sea necesario para procesar reclamaciones de seguros, las aplicaciones de seguros y prescripciones. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Política de pago**

El pago se requiere para todos los servicios en el momento en que se prestan a menos que usted está inscrito en un plan de seguros en los que participamos. Cualquier copagos, co-seguros y / o deducibles serán recogidos en el momento del servicio. Aceptamos el pago en forma de dinero en efectivo, tarjeta de crédito / débito con el logo Visa / MC. Su plan de seguro se le facturará por los gastos generados. Tenga en cuenta que el paciente es responsable de algunos o todos los cargos no pagados por la compañía de seguros. La autorización previa no garantiza el pago de los créditos. Si un procedimiento de diagnóstico se lleva a cabo, es la responsabilidad financiera del paciente para pagar el saldo que adeude a ninguna entidad fuera utilizada para completar y determinar el diagnóstico de este procedimiento. Su firma abajo significa su entendimiento y su voluntad de cumplir con estas políticas. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

A \$ 30 "No Show" efectuará con cargo a su cuenta si usted no puede cancelar o reprogramar su cita por lo menos 24 horas de antelación. Aunque haremos todo lo posible para proporcionar un recordatorio de llamada de cortesía antes de su visita, es su responsabilidad de cancelar su cita. Además, una cuota de \$ 30 será cobrado por cualquier cheque devuelto. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Cobertura de Seguro**

Si su compañía de seguros requiere una referencia de su médico de atención primaria, es su responsabilidad de obtener y llevar con usted el día de su visita. Si usted no tiene un número de referencia, y su seguro lo requiere, puede ser necesario volver a programar su cita.  
He leído el pago y cobertura de la póliza de seguros se describe anteriormente. Entiendo y estoy de acuerdo en todas sus disposiciones. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Acuse de recibo por escrito Recepción de Confidencialidad Prácticas, Políticas y Procedimientos**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente o Responsable), han recibido una copia de Dermatología de Summerlin  
Aviso de prácticas de privacidad que incluye Summerlin Dermatología Oficina de Políticas y Procedimientos. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

**Firma de paciente o personal responsable:** \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



SUMMERLIN  
DERMATOLOGY  
Cuestionario Médico

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?**

- |                          |                          |                                                                 |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Yes                      | No                       |                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer de piel / melanoma                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El acné                                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes labial                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los queloides, cicatrices mal                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El eccema / erupciones en la piel                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para la cicatrización de heridas                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad con infecciones de la piel                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psoriasis                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El asma, fiebre del heno / Ronchas / problemas del seno         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades del Corazón                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La presión arterial alta                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo en el corazón / de la válvula mitral Prolapso             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulación artificial, la válvula del corazón, o una prótesis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acidez estomacal / úlceras / gastritis / reflujo                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma                                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis                                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones transmitidas por la sangre                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide)           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las transfusiones de sangre Fechas: _____                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis - B o C (por favor marque)                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VIH / SIDA                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía / hospitalizaciones                                     |
|                          |                          | Operación                  Fecha                  Hospital      |
|                          |                          | _____                                                           |
|                          |                          | _____                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro _____                                                      |
|                          |                          | _____                                                           |
|                          |                          | _____                                                           |
|                          |                          | _____                                                           |

**¿Alguna vez ha tenido parientes consanguíneos cualquiera de los siguientes?**

- |                          |                          |                                   |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer de piel                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Melanoma                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lunares anormales                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma / Fiebre del heno            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El eccema / erupciones en la piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psoriasis                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras enfermedades de la piel     |

Firma: \_\_\_\_\_

**¿Es usted alérgico a algún medicamento?**

(Por favor lista)                  Si ninguno, marque aquí

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Está tomando o usando algún medicamento o vitaminas y suplementos minerales?**

(Por favor lista)                  Si ninguno, marque aquí

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Other Questions**

- |                                                                   |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                   | <b>Yes</b>               | <b>No</b>                |
| ¿Está usted tomando Accutane o ha utilizar Accutane en el pasado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está usted en buena salud?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, para qué condiciones?                                  |                          |                          |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de su médico de atención primaria

\_\_\_\_\_

- |                                                                               |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                               | <b>Yes</b>               | <b>No</b>                |
| ¿Fuma usted?                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No toma el sol o utilizar las cabinas de bronceado?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Necesita antibióticos antes de la cirugía o El trabajo dental?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le sangran fácilmente durante mucho tiempo después de un corte o extracción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usa protector solar?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Las hembras sólo**

- |                                              |                          |                          |
|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Está embarazada?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si eres de enfermería?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toma pastillas anticonceptivas?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de las píldoras anticonceptivas _____ |                          |                          |
| Fecha de la última menstruación _____        |                          |                          |

**Los hombres sólo**

- |                           |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene secreción del pene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene llagas en el pene  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<b>DATE PROVIDER REVIEWED:</b> _____	<b>PROVIDER INITIALS:</b> _____	Revised 11/13/11
--------------------------------------	---------------------------------	------------------



SUMMERLIN  
DERMATOLOGY  
**Reuel M. Aspacio M.D.**

8310 W Sahara Avenue  
Las Vegas, NV 89117  
Phone (702) 243-4501  
Fax: (702) 243-4701



## Consentimiento del Paciente para la fotografía médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque aquí si es menor de edad o incapaces de dar su consentimiento.

Doy mi consentimiento para las fotografías médico que deba efectuarse de mí o mi hijo (o la persona por quien yo soy su tutor legal). Entiendo que la información puede ser usada en mi expediente médico, a los fines de la enseñanza médica, o la publicación de libros de medicina o una revista como lo he designado a continuación. Al aceptar estas fotografías médica Entiendo que no voy a recibir el pago de cualquiera de las partes. La negativa de dar su consentimiento a las fotografías de ninguna manera afectará la atención médica que recibirá. Sin embargo, que el seguimiento de la evolución del paciente se inhibió. Si tiene alguna pregunta o desea retirar mi consentimiento en el futuro me puede contactar a:

Summerlin Dermatología  
Atención: Administrador

Call 702.243.4501

O Correo Electronico: [info@summerlinderm.com](mailto:info@summerlinderm.com)

*Al firmar este formulario de abajo confirmo que este formulario de consentimiento se ha explicado a mí en términos que no entiendo.*

Doy mi consentimiento para estas fotografías para ser utilizadas en publicaciones médicas, incluyendo las revistas médicas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Entiendo que la imagen puede ser vista por los miembros del público en general, además de científicos e investigadores médicos que utilizaron regularmente estas publicaciones en su formación profesional. A pesar de estas fotografías se utilizarán sin identificar la información tal como mi nombre, yo entiendo que es posible que alguien me reconociera. También estoy de acuerdo para que mi imagen se muestra con fines didácticos y para ser usada en mi expediente médico.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo de que mi imagen se muestra con fines didácticos y que se utilizarán para mi expediente médico, pero NO PARA Médico de publicación:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con el uso de mi imagen para los registros médicos sólo:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Para los pacientes entre las edades de 7 y 18 años, una firma abajo indica que la información de este formulario de consentimiento ha explicado a mí, y yo consentimiento al uso de mis imágenes como se describe más arriba:

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



SUMMERLIN  
DERMATOLOGY

**Acuse de recibo por escrito recibo de Privacidad  
Prácticas de Comunicación**

Yo, (nombre del paciente o Responsables) \_\_\_\_\_, han  
recibió una copia del Aviso Summerlin Dermatología de prácticas de privacidad.

**AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Por favor, permitir el acceso de mi información médica protegida (PHI) a:

Nombre de la persona

Relación

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



SUMMERLIN  
DERMATOLOGY  
**Reuel Aspacio, M.D.**

**El consentimiento del paciente para Dejar mensaje completo / Información**

**Estimado paciente:**

Summerlin Dermatología ha adoptado una política que requiere nuestro personal para obtener la autorización del paciente para dejar mensajes en los detallados para el paciente. Esta política es para proteger al paciente y también para proteger a nuestro personal de violar la confidencialidad del paciente. Si no tenemos un acuerdo firmado en el expediente, el personal sólo podrán dejar su nombre y un número de teléfono en un contestador automático le pedirá que les devuelva la llamada.

Al completar el consentimiento a continuación, por la presente autorizo al personal a llamar y dejar su nombre, el nombre del médico, e información adicional sobre un contestador automático o con un individuo específico. Menos que se notifique por escrito, este consentimiento permanecerá en vigor de forma permanente.

Doy mi consentimiento al Dr. Aspacio y / o el personal de Summerlin Dermatología para dejar un mensaje con respecto al tratamiento, resultado de la prueba o información que sea necesaria.

**Por favor, imprimir los números de teléfono en la línea (s) a continuación:**

1. \_\_\_\_\_ En un contestador automático en el hogar  
(Número de Teléfono del Hogar)
2. \_\_\_\_\_ El correo de voz del teléfono celular  
(Número de teléfono celular)
3. \_\_\_\_\_ El correo de voz en el trabajo  
(Número de trabajo)
4. \_\_\_\_\_ El mensaje de correo electrónico  
(correo electrónico)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

.....

**NO** estoy de acuerdo con los mensajes que dejó en el mensaje de que no sea el nombre de la oficina, nombre del funcionario y número de teléfono.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha