

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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | No |
| ¿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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | No |
| ¿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"/> |

DATE PROVIDER REVIEWED: _____	PROVIDER INITIALS: _____	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

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