



Ricardo Mejia, MD
Ashley Syler, PA-C • Alli Rayner, PA-C

Formulario de Información para Pacientes Nuevos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número Social: _____ Sexo: Masculino Femenino No-binario

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Estado: _____ E-mail: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Celular: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Numero de Teléfono : _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Doctor Primario: _____ Número de Teléfono: _____

Farmacia Preferida: _____ Número de Teléfono: _____

Nuestra oficina puede contactarlo por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o dejar correo de voz. Si lo hay, por favor nombre el método de comunicación que NO desea que nos comuniquemos con usted? _____

¿Autoriza a nuestra oficina discutir su información médica con miembros de su familia u otras personas? Si No En caso de si, proporcione los nombres y números de teléfono a continuación:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

AVISO DE CONSENTIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Me han dado la oportunidad de leer una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE de Jupiter Dermatology & Hair Restoration. Por la presente, doy mi consentimiento a Jupiter Dermatology & Hair Restoration para usar y divulgar mi información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago y otras operaciones de atención médica necesarias.

Póliza de Citas

Si ha pasado 15 minutos de la hora de su cita programada, haremos todo lo posible para acomodarlo, pero no podemos garantizar que lo vean. Esto depende del horario de los proveedores, si no puede acomodarse, reprogramaremos su cita.

Póliza de Cancelación

Si cancelar su cita es necesario, requerimos que llame con al menos 24 horas de anticipación. Las citas tienen una gran demanda, y su aviso anticipado permitirá que otro paciente acceda a esa hora de cita. Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de \$ 50 que no está cubierta por su plan de seguro.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre o Tutor legal: _____ Fecha: _____



Ricardo Mejia, MD
Ashley Syler, PA-C • Alli Rayner, PA-C

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Doy voluntariamente mi consentimiento para tratamiento y también mi consentimiento para cualquier procedimiento que los proveedores de atención médica profesional realicen en el consultorio de dermatología y consideren necesario para mi condición, que incluyen, entre otros: criocirugía (congelación de lesiones cutáneas con nitrógeno líquido), incisión y drenaje de abscesos y quistes, eliminación de marcas en la piel, biopsia de afeitado y biopsia por punción de lesiones cutáneas y erupciones cutáneas, desbridamiento de heridas, inyección de lesiones cutáneas, cauterización de lesiones cutáneas. Nuestros proveedores discutirán en detalle cualquier procedimiento que planeen realizar, responderán todas las preguntas relacionadas con el procedimiento y obtendrán el consentimiento informado oral y firmado en la sala de examen antes de continuar con los servicios.

Patient Signature _____ **Date** _____
Parent or Legal Guardian Signature _____ **Date** _____

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD (SERVICIOS VIRTUALES)

servicios de telesalud /virtuales significan que puede ser evaluado y tratado por un proveedor de atención médica o especialista desde un lugar distante a través de la comunicación electrónica. Esto puede incluir visitas de seguimiento para obtener resultados de laboratorio. Dado que esto, puede ser diferente de la visita/atención con la que está familiarizado, es importante que comprenda y acepte los siguientes términos:

- Su visita será facturada a su compañía de seguros, pero usted estará sujeto a sus Beneficios de Telesalud. Esto significa que usted puede ser responsable de los copagos, deducibles y montos de coseguro; depende de los beneficios de su póliza.
- Su proveedor de tratamiento estará en un lugar diferente al suyo. Asistentes médicos adicionales y otro personal profesional también pueden estar presentes en la habitación con el proveedor.

Entiendo completamente lo anterior y doy mi consentimiento para la telesalud / visitas virtuales

Patient Signature _____ **Date** _____
Parent or Legal Guardian Signature _____ **Date** _____

Póliza Financiera

Yo, el abajo firmante, entiendo que Jupiter Dermatology & Hair Restoration ha acordado aceptar Medicare y/o seguro de salud para el pago de mis facturas con mi firma a continuación. Reconozco y entiendo que soy totalmente responsable de cualquier monto de copago, deducible y / o coseguro en el momento del servicio. Entiendo que si mi compañía de seguro se niega a pagar por los servicios prestados porque sienten que los servicios no son médicamente necesarios o son preexistentes, que soy responsable de pagar el saldo en su totalidad con prontitud.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Ricardo Mejia, MD
Ashley Syler, PA-C • Alli Rayner, PA-C

Historial Medico

Solo circule las condiciones que le apliquen:

Artritis	Glaucoma	Tiroide	Melanoma	VIH/SIDA (Exposición)
Tos crónica	Asma/Bronquitis	Dolor de Pecho	Hepatitis A/B/C	Problemas de Corazón
Linfoma	Célula Escamosa	Basocelular	Diabetes	Enfisema
Hipertensión	Prolapso de Válvula Mitral	Cáncer (que tipo): _____		

¿Tiene historial familiar de cáncer de piel? Si No Que tipo: _____

Describe cualquier condición médica que debamos tener en cuenta: _____

Por favor liste todas las medicinas que está tomando: _____

Por favor liste alergias medicinales: _____

Razón por la visita de hoy: _____

¿Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Consumo cerveza, vino o licor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usa/usaba Drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido la vacuna contra el Flu? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una directiva anticipada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene orden de no resucitar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Sangra fácilmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es alérgico/a al látex? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibió la vacuna antineumocócica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Sus ojos alguna vez se sienten incomodos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Requiere antibióticos ante de cirugía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene juntas/tornillos artificiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido anestesia dental (Novocaína)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tuvo una reacción adversa?: _____

Cuestionario para el Cuidado de la Piel

¿Está interesado/a en mejorar la apariencia de su piel? Si No

Estoy interesado/a en obtener más información sobre lo siguiente:

Rellenos faciales (Contour, Sculptra, Defyne, Restylane, Juvederm, Voluma)

___ Restaurar volumen debido al envejecimiento

Rejuvenecimiento de manos

___ Arrugas y pliegues faciales de moderados a severos

CO2/Resurfx Laser/PiQo4

___ Tratamiento antienvjecimiento de rejuvenecimiento de la piel

___ Láseres fraccionado/Fraxel

Botox o Dysport

___ Mejorar la apariencia de las arrugas y las líneas de la frente

___ Tratamiento de la ATM/apriete o molienda

IPL Rejuvenecimiento Foto-Facial/Piel

___ Para mejorar la pigmentación/enrojecimiento/estimular el colágeno

Depilación Laser **Eliminación de Tatuajes** **Kybella** (¿Tratamiento de plenitud de cuello?)

Terapia de Venas/Escleroterapia **Blu Light** (Prevenir lesiones cancerosas)

Cuidado del Cabello: Perdida de Cabello/Trasplante

Protectores solares (libres de químicos/deportivos y resistentes al agua)

¿Está interesado/a en recibir tratamientos faciales? Si No

Marque que tratamientos ha recibido anteriormente:

Faciales Microdermoabrasión/Microagujas Peels Químicos Ninguno