

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:** _____

¿Cómo te enteraste de nuestra práctica? _____

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, texto, correo electrónico o dejar correo de voz. Si lo hay, favor nombrar el método de comunicación que **NO desea que usemos para comunicarnos con Ud?** _____

¿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 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. Yo se que tengo derecho de cancelar este consentimiento a cualquier punto con notificación al correo: frontdesk@jupiterderm.com

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** _____

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.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____
Firma del Padre o Tutor legal _____ **Fecha** _____

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

Firma del paciente _____ **Fecha** _____
Firma del Padre o Tutor legal _____ **Fecha** _____

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** _____
Firma del Padre o Tutor legal _____ **Fecha** _____

Historial Medico Solo circule las condiciones que le apliquen:

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

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

Describa cualquier condición médica que debamos tener en cuenta: _____

Por favor liste todas las medicinas que está tomando: _____

Por favor liste alergias medicinales: _____

Razón por su consulta de hoy: _____

¿Fuma? ☐ Si ☐ No

¿Consume cerveza, vino o licor? ☐ Si ☐ No

¿Está embarazada? ☐ Si ☐ No

¿Usa/usaba Drogas intravenosas? ☐ Si ☐ No

¿Ha recibido la vacuna contra el Flu? ☐ Si ☐ No

¿Tiene una directiva anticipada? ☐ Si ☐ No

¿Tiene orden de no resucitar? ☐ Si ☐ No

¿Sangra fácilmente? ☐ Si ☐ No

¿Es alérgico/a al látex? ☐ Si ☐ No

¿Recibió la vacuna antineumocócica? ☐ Si ☐ No

¿Sus ojos alguna vez se sienten incómodos? ☐ Si ☐ No

¿Requiere antibióticos ante de cirugía? ☐ Si ☐ No

¿Tiene juntas/tornillos artificiales? ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez ha tenido anestesia dental (Novocaína)? ☐ Si ☐ No ¿Tuvo una reacción adversa?: _____

Questionnaire del Cuidado de Su Piel

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

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

☐ **Rellenos Cosméticos de la cara** (Contour, Sculptra, Defyne, Restylane, Juvederm, Voluma)

___ Restaurar volumen debido al envejecimiento

☐ **Botox o Dysport**

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

___ Tratamiento de la ATM/apriete o molienda

☐ **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

☐ **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: Pérdida 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

PERMISOS Y DERECHOS

Autorizo a los médicos y al personal de Jupiter Dermatology & Hair Restoration (JDHR) a que me traten, incluyendo cualquier biopsia o procedimiento que consideren necesario según su criterio profesional.

POR FAVOR, ESCRIBA SUS INICIALES PARA CONFIRMAR SU ENTENDIAMIENTO:

☐ Entiendo que la atención médica requiere mi cooperación y seguiré las indicaciones y prescripciones de mi médico. Concertaré y asistiré a las citas de seguimiento y llamaré a la oficina para notificar cualquier cambio o inquietud relacionada con mi condición. Autorizo a mi médico y a JDHR a tomar fotografías, grabar videos o por otros medios similares mi cirugía o procedimiento. Entiendo que la reproducción o publicación de dichas fotografías y grabaciones se utilizará con fines de estudio e investigación médica/científica, educación, portafolios de antes y después de cirugías y/o documentación para mi expediente médico. Entiendo que las fotografías y el material grabado pueden incluir partes apropiadas del cuerpo para demostrar la cirugía o los procedimientos y que se hará todo lo posible para proteger la identidad del paciente en dichos materiales. Además, reconozco que todos los medios grabados obtenidos son propiedad exclusiva de JDHR. Por la presente, certifico que he leído el CONSENTIMIENTO anterior y comprendo completamente su contenido.

☐ He leído y comprendido los formularios de consentimiento médico que me han proporcionado los médicos y el personal de JDHR. Autorizo a mi médico a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya realizado a mí o a mi hijo dependiente durante el período de dicha atención médica, a terceros pagadores, incluido Medicare. Autorizo y solicito que mi compañía de seguros, en lugar de reembolsarme directamente, pague al médico o grupo médico cualquier beneficio o servicio. Acepto que puedo ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes. Entiendo que, si no estoy cubierto por mi póliza de seguro, un laboratorio externo podría facturarme por el trabajo realizado en esta oficina. Formulario de Acuse de Recibo por Escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad

☐ Derecho de Divulgación de Información del Paciente: En general, las normas de privacidad de la HIPAA otorgan a las personas el derecho a solicitar la restricción del uso y la divulgación de información médica. También se les otorga el derecho a solicitar que las comunicaciones confidenciales de información médica se envíen por medios alternativos. Esta política de privacidad también reconoce que la persona puede revocar este permiso en cualquier momento contactando a nuestro personal al correo electrónico de: frontdesk@jupiterderm.com.

Autorizo a JDHR a contactarme de la siguiente manera:

o Mensaje detallado a: CASA CELULAR TRABAJO (marque una opción)

o Dejar mensaje con solo un número para devolver la llamada: CASA CELULAR TRABAJO (marque una opción)

o Enviar por correo a casa: SÍ _____ NO _____ (seleccione una)

o Correo electrónico: SÍ _____ (ingrese el correo electrónico) NO _____

o Enumere a todas las personas en su hogar que, en su ausencia, pueden hacer solicitudes en su nombre:

Reconozco que he leído este formulario y acepto las opciones descritas:

Firma del paciente _____ Fecha: _____