

PORTAPAPELES DEL PACIENTE: HISTORIAL Y FORMULARIO DE INGRESO

(Use letra de imprenta)

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de registro médico: _____

Alertas/Historial médico: (Encierre en un círculo todos los que correspondan)

Alertas:

Anticoagulantes sanguíneos
Desfibrilador
Medicamentos previos al procedimiento
VIH/Hepatitis
Embarazo/lactancia

NINGUNA

Desorden de ansiedad

Artritis

Fibrilación auricular

Linfoma de células B

**Enfermedad crónica obstructiva
de los pulmones**

Arteriosclerosis coronaria

Linfoma cutáneo de células T

Desorden depresivo

Diabetes mellitus

Enfermedad causada por 2019-nCoV

Presión sanguínea elevada

Enfermedad renal terminal

Epilepsia

Enfermedad de reflujo gastroesofágico

H/O: hipertensión

Pérdida auditiva

Infección por virus de inmunodeficiencia humana

Hipercolesterolemia

Hipertiroidismo

Hipotiroidismo

Enfermedad hepática inflamatoria

Leucemia

Linfoma maligno

Neoplasia maligna de hueso

Tumor maligno del cuerpo del páncreas

Tumor maligno del seno

Tumor maligno del colon

Tumor pulmonar maligno

Tumor maligno de la próstata

Linfoma cutáneo primario

Control de tratamiento con terapia de radiación

Transplante de médula ósea

Otro: _____

Historial quirúrgico: (Encierre en un círculo todos los que correspondan)

NINGUNA

Resección abdominoperineal

Reemplazo bilateral de articulaciones de la rodilla

Biopsia de seno

Biopsia de la próstata

Cirugía de revascularización coronaria

Transplante de riñón completo

Escisión de carcinoma de células basales

Escisión de melanoma

Escisión de carcinoma de células escamosas

H/O: colostomía

H/O: ligadura de trompas

Historial de apendectomía

Historial de mastectomía bilateral

Historial de colecistectomía

Other: _____

Historial de colectomía

Historial de válvula cardíaca de injerto de tejido

Historial de cistectomía total

Historial de prostatectomía transuretral

Histerectomía

Biopsia del riñón

Resección anterior baja del recto

Lumpectomía del seno

Lumpectomía del seno izquierdo

Lumpectomía del seno derecho

Mastectomía del seno izquierdo

Mastectomía del seno derecho

Válvula mecánica del corazón

reemplazo

Ooforectomía

Pancreatectomía

Prostatectomía

Artroplastia protésica de la cadera

Esplenectomía

Quirúrgico de biopsia de piel

Nefrectomía total

Orquiectomía completa

Reemplazo completo de la articulación de la cadera izquierda

Reemplazo completo de la articulación

Reemplazo completo de la articulación de la cadera derecha

Reemplazo completo de la articulación de la rodilla derecha

Transplante de corazón

Transplante de riñón

N.º de registro médico: _____

Historial de enfermedad de la piel/Exposición al sol: (Encierre en un círculo todos los que correspondan)

NINGUNA

Acné
Queratosis actínica
Carcinoma basocelular de piel
Dermatitis de contacto
Piel seca
Nevus displásico de la piel
Eczema

H/O: asma

H/O: fiebre del heno
Infección de la piel
Light-for-dates con síntomas
de malnutrición fetal
Infección MRSA
Melanoma maligno
Pitiriasis versicolor (tiña)

Prurito de la piel

Soriasis
Rosácea
Carcinoma de células escamosas
Quemadura solar de segundo grado
Tiña del cuerpo
Tinea pedis
Otro: _____

¿Usa protector solar? **SÍ NO** ¿Con qué FPS? _____ ¿Se broncea en un salón de bronceado? **SÍ NO**
¿Tiene un historial familiar de melanoma? **SÍ NO** En caso afirmativo, ¿de qué miembro de su familia? _____

Medicamentos: (Enumere o anexe una lista)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Alergias/alergias a medicamentos: (Enumere)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Historial social:

Historial de tabaquismo: Fuma actualmente Ha fumado anteriormente Nunca ha fumado

Consumo de alcohol: Ninguno < 1 bebida al día 1-2 bebidas al día > 3 bebidas al día

Todos los pacientes deben firmar:

- Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar Medica y/u otro seguro.
- Autoriza a Georgia Skin Cancer and Aesthetic Dermatology a tratar al paciente nombrado arriba (incluidos menores de edad) según sea necesario.
- Autorizo la liberación o adquisición de cualquier información médica a/de cualquier médico o consultorio médico, laboratorio, farmacia, hospital o instalación quirúrgica involucrada en mi atención. He leído la política de privacidad sobre la HIPAA de Georgia Skin Cancer and Aesthetic Dermatology.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal



DATOS DEL PACIENTE:
(Use letra de imprenta)

Información del paciente:

Nombre: _____ Jr. Sr.
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Apellido (si corresponde): _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Mes/día/año

Sexo: Masculino Femenino **Estado civil:** _____ **NSS:** _____

Información de contacto:

Teléfono de casa del paciente: _____ **Celular del paciente:** _____

Número de contacto preferido: CASA CELULAR **¿Podemos dejarle un mensaje de voz en este número?** SÍ NO

Correo electrónico:

Dirección postal:

_____ Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre completo del contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

Nombre completo del cónyuge: _____ **Teléfono:** _____

Nombre completo del cuidador: _____ **Teléfono:** _____

Garante:

Para pacientes menores de 18 años de edad, debemos documentar a un garante. Salte esta sección si el paciente tiene 18 años de edad o más.

Relación del paciente con el garante (encierre en un círculo): CÓNYUGE HIJO/A EMPLEADO OTRO: _____

Nombre del garante: _____ Jr. Sr.
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento del garante: _____

Dirección postal del garante (si es distinta de la del paciente):

_____ Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa del garante: _____ **Celular del garante:** _____

Correo electrónico del garante: _____

N.º de registro médico: _____

Liberación de información médica privada:

¿Podemos abordar su condición médica con algún miembro de su hogar? **SÍ NO**

En caso afirmativo, ¿con quién? **CÓNYUGE PADRE O MADRE HIJO/A AMISTAD OTRO**

Nombre: _____ Teléfono _____ (CELULAR / CASA)

Nombre: _____ Teléfono _____ (CELULAR / CASA)

Nombre: _____ Teléfono _____ (CELULAR / CASA)

Farmacia:

Nombre de la farmacia: _____ Ubicación o teléfono: _____

Datos de la clínica:

Proveedor de atención primario: _____

Proveedor que deriva (si corresponde): _____

Fuente de derivación del paciente:

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

Si el paciente es menor de edad: La política de este consultorio es que el adulto que presenta al menor de edad para tratamiento es responsable de pagar lo que corresponde al paciente en el momento del servicio.

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Nombre del padre, la madre o el tutor legal en letras de imprenta

Fecha de nacimiento

Fecha

Para establecer relaciones óptimas con nuestros pacientes y evitar malentendidos sobre nuestras políticas de pago, nuestro personal recibe capacitación para informarle a usted de las políticas financieras de este consultorio. SE ESPERA UN PAGO DE USTED EN EL MOMENTO DEL SERVICIO POR "SU PARTE" DE LOS CARGOS. PARA SU COMODIDAD, ACEPTAMOS VISA, MASTERCARD, DISCOVER Y AMERICAN EXPRESS. Su firma a continuación indica que entiende y acepta esta política. Asimismo, su firma autoriza al médico a liberar la información médica necesaria para procesar sus reclamaciones de seguro (si las hay). Por este medio usted autoriza el pago de los beneficios médicos al doctor cuando se presenta la reclamación asignada.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha