

CÁNCER DE PIEL SUDOESTE Y CLINICA DE LA VENA
 Stephen D. Houston, M.D. ● Michael S. Graves, M.D. ● Connie Sterritt, PA-C
HOJA de INFORMACIÓN PARA el PACIENTE

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE				
Nombre:	_____	_____	_____	_____
	Primer Nombre	Medio	Último Nombre	Prefieren Ser Llamados
Dirección:	_____		Apto.# _____	Cuidad: _____ St: _____ Zip: _____
Fecha de Nacimiento	____/____/____		Género:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	MM	DD	AAAA	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Se Casó Con <input type="checkbox"/> Viuda		Seguridad Social # (Unicamente Para Pacientes con Medicare)	____/____/____
Preferido el Método de contacto:	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Correo			
Teléfono:	_____ <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono Secundario:	_____ <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección de Correo Electrónico del Paciente:	_____		Ocupación del Paciente:	_____
Autorizas a Comunicación por Correo Electrónico Para:	<input type="checkbox"/> Recordatorios de Citas <input type="checkbox"/> Descuentos, ofertas especiales, eventos			

Estamos Obligados Por Medicare Para Solicitar Esta Información:				
Raza (círculo uno):	Blanco	Negro	Latino	Otros: _____ Descenso a Especificar
Origen Étnico (círculo uno):	Hispano/Latino	No Hispano/Latino	Descenso a Especificar	

Información de Seguros (Para Seguros de Participar)
Por favor proporcione su tarjeta de seguro para poder copiar.

Refiere el DOCTOR: _____	Médico de Primaria : _____
--------------------------	----------------------------

CONTACTO de EMERGENCIA	
Nombre: _____	Relación: _____
Teléfono: _____	Teléfono Secundario: _____

Cómo se Enteró Acerca de Nosotros? (Marque Uno)

- Médico
 Seguros
 Familia/Amigo
 Internet
 Periódico

Fecha: _____

**CÁNCER DE PIEL SUDOESTE Y CLINICA DE LA VENA
HISTORIA Y TOMA DE**

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Más allá de historial médico: (Por favor revise todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Extremo Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Linfoma
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> GERD	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata
<input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular	<input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación
<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Arterial Carrera
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Transplante
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> NINGUNO

Otros _____

Antecedentes Quirúrgicos: (Por favor revise todo lo que aplique)

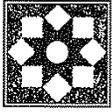
<input type="checkbox"/> Apéndice Quitado	<input type="checkbox"/> Biopsia del Riñón (Nefrectomía)
<input type="checkbox"/> Reemplazo de la Válvula Biológica	<input type="checkbox"/> Riñón Quitada (Derecha, Izquierda)
<input type="checkbox"/> Quitar la Vejiga	<input type="checkbox"/> Piedra en el Riñón Eliminados
<input type="checkbox"/> Biopsia de Mama (Derecha, Izquierda, Bilateral)	<input type="checkbox"/> Trasplante Renal
<input type="checkbox"/> Colectomía: Resección de Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Tumorectomía (Derecha, Izquierda, Bilateral)
<input type="checkbox"/> Colectomía: Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Mastectomía (Derecha, Izquierda, Bilateral)
<input type="checkbox"/> Colectomía: EII	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la Válvula Mecánica
<input type="checkbox"/> Puente de Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Ovarios Eliminados: Quiste
<input type="checkbox"/> Vesícula Biliar Retirado	<input type="checkbox"/> Ovarios Eliminados: Cáncer de Ovario
<input type="checkbox"/> Trasplante del Corazón	<input type="checkbox"/> Quitar la Próstata: El Cáncer de Próstata
<input type="checkbox"/> Histerectomía: Fibromas	<input type="checkbox"/> Bazo Quitado
<input type="checkbox"/> Histerectomía: Cáncer del Útero	<input type="checkbox"/> Extirpan Testículos (Derecha, Izquierda, Bilateral)
<input type="checkbox"/> Conjunto de Reemplazo Dentro de 2 Años	<input type="checkbox"/> RTUP (Extirpación de la Próstata)
<input type="checkbox"/> Conjunto de Reemplazo de Cadera(D, I, Bilat.)	<input type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> Artroplastia, Rodilla (D, I, Bilateral)	

Otros: _____

Historia de la Enfermedad de la Piel: (Por favor revise todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Alergias/Fiebre del Heno
<input type="checkbox"/> Queratosis Actinica	<input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares:	<input type="checkbox"/> Melanoma
<input type="checkbox"/> Basocelular Carcinoma	<input type="checkbox"/> Melanoma -Si si que relative(s)?	<input type="checkbox"/> Lunares Precancerosas
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Piel Seca	<input type="checkbox"/> Cuero Cabelludo Escamas o Que Pica	<input type="checkbox"/> Carcinoma de Células Escamosas
<input type="checkbox"/> NINGUNO		

Otros: _____



CÁNCER DE PIEL SUDOESTE Y CLINICA DE LA VENA

Mohs & Dermatologic Surgery Center
Vein Center

Stephen D. Houston, M.D.
Michael S. Graves, M.D.
Connie Sterritt, PA-C

Paciente responsabilidad financiera

Habrán un cargo por cada cita y pago se recogerán en el día de servicio. Acepta formas de pago son efectivo, cheque, Visa, Mastercard y Discover. Para **nosotros estamos contratados con seguros**, nos presentará la reclamación para usted como cortesía si tiene su tarjeta de seguro. Para pacientes nuevos o establecidos con un cambio de seguro, si usted no tiene su tarjeta del seguro con usted a la hora de su cita, tendrá que pagar para su visita en su totalidad. Si usted es capaz de proveernos con su tarjeta de seguro después de la visita, luego se presentar el reclamo para usted y cualquier posible reembolso se hará después de que el seguro de la afirmación de los procesos. Si su seguro requiere un copago de especialista, se le pedirá que pagar en el momento de su cita. Si están programados para cirugía, Estimado deducible y coaseguro cantidades se recogerán de usted en el día de la cirugía. Después de que el seguro de los procesos de la reclamación, usted puede recibir una declaración de gastos adicionales. Aceptamos crédito de cuidado para cualquier cita quirúrgica con un saldo mínimo de \$200. Para cualquier saldo no pagado, el pago es debido a la recepción de su declaración. Usted será responsable de pagar cualquier pasado saldos pendientes antes de su próxima cita. Por favor, ser conscientes de sus beneficios y requisitos del seguro tales como: participación de la red, si una referencia es necesaria, copago de especialista, deducible, coaseguro y cualquier política limitaciones o exclusiones, llamando a los miembros de servicios número en la parte posterior de su tarjeta.

Recibo de la notificación de prácticas de privacidad

He leído una copia de piel de sudoeste y de la clínica de cáncer aviso de prácticas de privacidad. (Este documento está disponible en la recepción a la llegada).

Liberación de información médica

Que hacer / no hacer (circule uno) autorizar sudoeste piel & clínica de cáncer para divulgar información médica a mi padre, tutor, cónyuge o hijos.

Contacta con permiso

En caso de que el sudoeste piel y clínica de cáncer necesita póngase en contacto con usted (paciente) con respecto a una cita, la medicación o el resultado de laboratorio, es permitido (marque todos que aplican):

- Deja un mensaje en el contestador
- Habla con cónyuge/otros (nombre:_)
- Habla con otros miembros de la familia

(Nombre: relación: _____)

(Nombre:_relación:_____)

Consentimiento para tratamiento

Doy mi consentimiento para la realización de los procedimientos de diagnóstico, exámenes y prestación de tratamiento por el médico y el personal que se considere necesario a juicio del médico.

Autorización y asignación financiera responsabilidad

Autorizo la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar una reclamación de seguro a mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cambio no cubierto por mi plan de seguro. Solicito que mi compañía de seguros médico realizar ningún pago directamente a la piel del sudoeste y clínica de cáncer por los servicios prestados a mí.

Mi firma abajo indica que he leído y estoy de acuerdo con todos los puntos antes mencionados.

Fecha de firma del paciente (o tutor)

Nombre impreso