

**INFORMACIÓN DE PATIENT Fecha de hoy:**

 **/ / M / F**

**Nombre completo (Último, Primero, MI, "Apodo”) Fecha de nacimiento Sexo**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **MOTIVO DE LA VISITA**

**Preocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parte de Cuerpo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Duración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**I. D.**  **y Tarjetas de Seguro:**

**Titular del seguro (si es diferente del paciente):**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIAL MÉDICO**

**Seleccione las condiciones médicas pasadas y presentes que ha experimentado:**

 **Ninguna Fibrilación auricular Hepatitis Hipertiroidismo**

 **Ansiedad Trasplante de médula ósea Hipertensión Hipotiroidismo**

 **Artritis Depresión VIH/SIDA Accidente cerebrovascular**

 **Asma Diabetes Colesterol alto Enfermedad por reflujo gastroesofágico**

**Cánceres que no sean de piel: Incluyan tipo/ubicación y tratamiento(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Condiciones Médicas Adicionales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CIRUGÍAS PASADAS**

 **Ninguno O Enumerar todas las cirugías pasadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE LA PIEL**

 **Ninguno Si ha tenido alguna de las siguientes afecciones de la piel, proporcione detalles a continuación (incluidas las fechas de tratamiento y los lugares):**

 **Carcinoma basocelular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Acné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Melanoma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Piel seca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Lunares precancerosos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eczema \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Carcinoma de células escamosas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Psoriasis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Condiciones adicionales de la piel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Usas protector solar? Sí Uso del salón solar?**   **Sí No**

**¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? No Sí En caso afirmativo, ¿qué pariente(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MEDICAMENTOS**

**Enumere todos los nombres y dosis de medicamentos, incluidas las cremas y suplementos herbales.**

**¿Has sido COMPLETAMENTE VACUNADO por Covid-19? Sí No**

 **No hay medicamentos actuales**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALERGIAS**

**Haga una lista de todas las alergias y reacciones, incluidos los medicamentos, los alimentos y el medio ambiente.**

 **Sin alergias conocidas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIA SOCIAL**

**CONSUMO DE TABACO**

 **Ninguno Anterior Actual Si es fumador, número de paquetes por día: \_\_\_ Total de años fumando: \_\_ Tipo de tabaco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONSUMO DE ALCOHOL**

 **NO Menos de 1 bebida por día 1-2 bebidas por día 3 o más bebidas por día**

**OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SOLO A PARTIR DE LOS 65 AÑOS (OMITA ESTA SECCIÓN SI ES MENOR DE 65 AÑOS)**

**¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra la neumonía?**  **Sí No**

**Año de vacunación más reciente contra la neumonía: \_\_\_\_\_\_ Vacuna(s) recibida(s) (marque todas las que correspondan):**

 **PPSV23 PCV13 Inseguro**

**¿Alguna vez ha recibido la(s) vacuna(s) contra el herpes zóster? Sí No**

**¿Tiene un plan de atención anticipada / testamento vital?**  **Sí No Rechazar para especificar (Si no o rechazar, continúe con la siguiente sección)**

**¿Tiene un apoderado de atención médica? Sí No nombre/número de teléfono del designado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Qué declaración(es) reflejan sus deseos: No intubar No resucitar Reanimación cardiopulmonar completa**

**Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****  www.cliffsideskinandlaser.com

**correo electrónico: cliffside.skin.laser@gmail.com**

**Política financiera**

**Asignación de Beneficios: Por la presente autorizo al Personal Médico de Cliffside Skin and Laser a rendirme tratamiento a mí/ a mis dependientes. Asigno y autorizo el pago de beneficios médicos / quirúrgicos directamente a Cliffside Skin and Laser.**

**Políticas financieras: Entiendo que cualquier saldo impago o servicios no cubiertos serán mi responsabilidad. Entiendo que si proporciono información de seguro incorrecta o vencida, asumiré toda la responsabilidad financiera por todos los cargos incurridos. Entiendo que si mi copago no se paga en el momento del servicio, recibiré una factura por correo a mi residencia. Entiendo que habrá una tarifa de $ 15.00 por todos los cheques devueltos. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, American Express, Apple Pay y Google Pay como formas de pago.**

**Con mi firma, certifico que la información reportada con respecto a** la **cobertura del seguro m es correcta y reconozco que he leído y entiendo las políticas financieras y de cancelación anteriores (si el paciente es menor de edad, firma de la parte responsable):**

**Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HIPPA/Formulario** de **consentimiento** **del paciente**

**Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. Cliffside Skin and Laser proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA). Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar el Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con la oficina.**

**Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar las restricciones.**

**Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Dicha revocación no afectará a ninguna divulgación que ya hayamos realizado en base a su consentimiento previo.**

**El paciente entiende que:**

* **La información de salud protegida puede ser divulgada o utilizada en tratamiento, pago u operaciones de atención médica.**
* **Cliffside Skin and Laser tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad que el paciente tiene la oportunidad de revisar en cualquier momento. Se puede solicitar una copia de este Aviso en persona, por correo o por teléfono durante el horario comercial normal.**
* **El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero la Práctica no tiene que estar de acuerdo con esas restricciones.**
* **El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.**

**Consentimiento informado del paciente:**

* **Doy mi permiso a Cliffside Skin and Laser y al personal para tratarme, incluida cualquier biopsia o procedimiento, según lo considere necesario dentro de su juicio profesional.**
* **Autorizo a Cliffside Skin and Laser a tomar fotografías para el registro clínico.**
* **Entiendo que las fotografías obtenidas son propiedad exclusiva de Cliffside Skin and Laser y pueden incluir partes apropiadas del cuerpo para demostrar la cirugía / procedimiento. Se hará todo lo posible para proteger la identidad del paciente en esos materiales.**
* **Autorizo a Cliffside Skin and Laser a divulgar cualquier información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya realizado a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención médica. También autorizo la divulgación de mis registros médicos a terceros pagadores, incluidos Medicare y Medicaid.**

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo todas las declaraciones anteriores.**

**Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**