

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido del Paciente: _____ **Sexo:** (circule) **M / F**
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ódigo Postal: _____
Número de Seguro Social (opcional): _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ **Estado Civil:**
(circule) **S (Soltero/a) / C (Casado/a) / D (Divorciado/a) / V (Viudo/a)**
Número de Teléfono (circule el preferido - Casa: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____
¿A quién debemos notificar en caso de emergencia? _____
Parentesco: _____
Teléfono durante el día: _____ Teléfono alternativo: _____
Raza: (circule) Indígena americano o nativo de Alaska / Asiático / Negro o afroamericano / Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico / Blanco / Otra raza / Prefiero no responder
Grupo Étnico: (circule)
Hispano o latino / No hispano o latino / Prefiero no responder / Otro: _____

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO (GARANTE)

Complete esta sección si el paciente es menor de edad (menor de 18 años) o si otra persona es responsable del pago de la cuenta.

Relación del paciente con el responsable financiero: (circule)

Paciente / Padre o madre / Cónyuge / Tutor legal / Otro: _____

RESPONSABLE FINANCIERO (GARANTE) #1

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social (opcional): _____ - _____ - _____ Teléfono: _____

Dirección: (circule) La misma del paciente / Otra: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ ódigo Postal: _____

RESPONSABLE FINANCIERO (GARANTE) #2 (Si corresponde: segundo padre, madre o tutor legal)

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social (opcional): _____ - _____ - _____ Teléfono: _____

Dirección: (circule) La misma del paciente / Otra: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ ódigo Postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro Primario: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del titular del seguro primario: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Si corresponde:

Nombre del titular del seguro secundario: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Relación del paciente con el titular del seguro: (circule) Cónyuge / Hijo(a) / Otro

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? (circule)

Amigo(a): _____ / **Médico / Compañía de seguros / Facebook / Instagram / Sitio web /**
Buscador de Internet

Si corresponde:

Médico de atención primaria: _____

Médico que lo refirió: _____

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según mi conocimiento.

Firma del paciente o del responsable: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

MACIAS DERMATOLOGY

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA (E-PRESCRIBING)

La prescripción electrónica permite a los médicos enviar recetas de manera electrónica, precisa y comprensible directamente a una farmacia, reduciendo los errores de medicación y mejorando la seguridad y comodidad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (Medicare Modernization Act, MMA) de 2003 estableció estándares para la prescripción electrónica con el fin de mejorar la calidad de la atención médica.

La prescripción electrónica incluye:

- **Transacciones de formularios y beneficios:** Proporciona a los médicos que prescriben información sobre los medicamentos cubiertos por el plan de seguro del paciente.
- **Transacciones del historial de medicamentos:** Permite a los médicos acceder a los medicamentos actuales del paciente para ayudar a prevenir interacciones adversas entre medicamentos.
- **Notificación del estado de surtido:** Notifica al médico si una receta ha sido recogida, no ha sido recogida, ha sido surtida parcialmente o necesita un resurtido.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento a Macias Dermatology para transmitir electrónicamente mis recetas a mi farmacia. Entiendo que este consentimiento también permite el acceso a mi historial de recetas de otros proveedores de atención médica y compañías de seguros únicamente con fines de tratamiento.

Reconozco que la prescripción electrónica es opcional y que puedo rechazar este servicio.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____

MACIAS DERMATOLOGY

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Seguro

- Los copagos se deben pagar en el momento de la visita; se requiere el pago completo si falta una referencia.
- Medicare (Parte B): Los pacientes son responsables del deducible y del 20% del costo del servicio.
- Pacientes de Pago Directo y Fuera de Red: Se requiere el pago completo en el momento del servicio.
- Servicios No Cubiertos: Los pacientes son responsables de todos los costos no cubiertos por el seguro.

Análisis de Laboratorio

- Cualquier análisis de laboratorio requerido será facturado por separado por el laboratorio.

Cargos por No Presentarse y Cancelaciones

- Consultas Médicas, Cirugías y Citas Cosméticas: Tarifa de cancelación de \$75 si no se cancela con al menos 24 horas de anticipación.
- Las cancelaciones deben realizarse con al menos 24 horas de anticipación (excluyendo fines de semana) para evitar cargos.

Citas Cosméticas y Depósitos

- Se requiere un depósito de \$150 para todos los tratamientos cosméticos programados por una hora o más.
- Los depósitos no son reembolsables si la cita se cancela dentro de las 24 horas hábiles previas a la hora programada.
- Los servicios prepagados son válidos por un año calendario a partir de la fecha de compra.

Devoluciones y Reembolsos

- Productos de Venta: No hay reembolsos. Se otorgará crédito en la tienda dentro de los 14 días por productos sin abrir y sin usar, con recibo.
- Servicios Cosméticos: No hay reembolsos en servicios cosméticos prepagados.

Reconocimiento del Paciente

He leído y entiendo la Política Financiera del Paciente de Macias Dermatology.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____

MACIAS DERMATOLOGY

Reconocimiento de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Reconozco que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Macias Dermatology y entiendo mis derechos con respecto al uso y divulgación de mi información personal de salud. También entiendo que puedo contactar al Director Médico si tengo alguna pregunta o inquietud.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Macias Dermatology

Formulario de Derecho de Acceso HIPAA para Familiar/Amigo

Yo, _____, autorizo la divulgación de mi información de salud a:

Nombre: _____

Relación: _____

Información de Contacto:

Información de Salud a Divulgar (Marque una opción):

☐ A. Historial médico completo (incluyendo diagnóstico, pruebas de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación)

☐ B. Historial médico, excluyendo lo siguiente:

Otro (especifique): _____

Esta autorización será válida hasta (Marque una opción):

☐ Todos los períodos pasados, presentes y futuros

☐ Fecha o evento específico: _____

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento notificando por escrito a sus proveedores de atención médica.

Nombre de la Persona que Otorga la Autorización: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

(Nota: Autoridad HIPAA para el Derecho de Acceso: 45 C.F.R.)

Revisión de Sistemas

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque cualquier síntoma que tenga actualmente o haya tenido recientemente. Si **no presenta ninguno** de los síntomas de una sección, marque **Ninguno**.

General ☐ Ninguno

☐ Fiebre ☐ Escalofríos ☐ Cambio de peso ☐ Fatiga

Alimentación ☐ Ninguno

☐ Cambio en el apetito ☐ Restricciones alimentarias ☐ Vitaminas ☐ Suplementos

Piel, Cabello y Uñas ☐ Ninguno

☐ Erupciones ☐ Picazón ☐ Moretones fáciles ☐ Cambios en el color de la piel
☐ Caída o cambios en el cabello ☐ Cambios en las uñas

Cabeza y Cuello ☐ Ninguno

☐ Dolor de cabeza ☐ Mareos ☐ Lesión en la cabeza ☐ Desmayo o pérdida del conocimiento

Ojos ☐ Ninguno

☐ Cambios en la visión ☐ Dolor en los ojos ☐ Lesión en los ojos ☐ Enfermedad de los ojos

Oídos ☐ Ninguno

☐ Pérdida de audición ☐ Zumbido en los oídos ☐ Dolor de oído ☐ Vértigo

Nariz ☐ Ninguno

☐ Congestión nasal ☐ Sangrado nasal ☐ Goteo posnasal

Boca y Garganta ☐ Ninguno

☐ Dolor de garganta ☐ Ronquera ☐ Llagas en la boca
☐ Problemas dentales ☐ Sangrado de encías

Respiratorio ☐ Ninguno

☐ Tos ☐ Falta de aire
☐ Falta de aire con actividad física
☐ Sibilancias (silbidos al respirar)
☐ Sudoración nocturna

Cardiovascular ☐ Ninguno

☐ Dolor en el pecho
☐ Palpitaciones

- ☐ Hinchazón de piernas o pies
 - ☐ Dolor en las piernas al caminar
-

Gastrointestinal ☐ Ninguno

- ☐ Acidez
- ☐ Indigestión
- ☐ Náuseas
- ☐ Vómitos
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Sangre en las heces
- ☐ Distensión abdominal

Genitourinario ☐ Ninguno

- ☐ Dolor o ardor al orinar
- ☐ Orinar con frecuencia
- ☐ Urgencia para orinar
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Dolor en los costados
- ☐ Secreción

Endocrino ☐ Ninguno

- ☐ Intolerancia al calor
- ☐ Intolerancia al frío
- ☐ Sed excesiva
- ☐ Orinar con frecuencia
- ☐ Cambio de peso
- ☐ Cambios en el cabello
- ☐ Aumento en la talla de sombrero, guantes o zapatos

Musculoesquelético ☐ Ninguno

- ☐ Dolor en las articulaciones
- ☐ Hinchazón de las articulaciones
- ☐ Calor en las articulaciones
- ☐ Dolor muscular
- ☐ Dolor de espalda

Neurológico ☐ Ninguno

- ☐ Debilidad
- ☐ Entumecimiento u hormigueo
- ☐ Problemas de coordinación

- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Desmayos

Salud Mental ☐ Ninguno

- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Cambios de humor
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Problemas para dormir
- ☐ Cambios en el apetito
- ☐ Pensamientos de hacerse daño o de suicidio

Comentarios adicionales:

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____