GRAND ISLAND
Dermatology
INNOVATIVE SKIN CARE

Documentos Para Paciente Establesido

Nombre Completo: _____
Fecha De Nacimiento: _____
Direccion: _____
_____
_____

Social Security: _____ - _____- _____
Género: M F
Telefono Primario: _____
Telefono Movil: _____
Telefono Del Trabajo: _____

Correro Electronico ***(requerido)***: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorsiado Viudo Otro

Empleo: _____

Proovedores:
Medico De Atencion Primara o Medico De Familia:_____
Medico De Que Lo Refiro: _____
Farmacia (Nompe Y Ciudad): _____

Historia Social:
Habito De Fumar: No Fumador Fumador Ex-Fumador

Salud de piel: Dusted usa protector solar? S N Usted suele broncearse en un salon de bronceado? S N

Historia Familia:
Usted tiene historia familiar de Melanoma? S N Cual miembro familiar? _____

Nosotros revisaremos sus medicinas, alergias, e historia quirurgica en la habitacion de examinacion

Solo Para Pacientes 64+

Usted tiene un formulario de poder de cuidaos de salud? (Un documento legal nombrando a alguien a tomar decisiones por usted)

- □ Si ➢ Por favor ponga los detalles abajo
  - Nombre: _____
  - Telephono #: _____
- □ No

Tiene usted on testamento vital? (Un document legal que contiene lo que le gustaria que hicieramos o no hicieramos para salvar su vida)

- □ Si ➢ Por Favor Circule:
  - Codigo complete o resucitarlo complemente
  - No intubar o no conectarlo a un tubo de ventilacion
  - No resucitar
- □ No

GRAND ISLAND DERMATOLOGY PC
CONDICIONES DE VISITA A LA CLÍNICA

Nombre del Paciente_____ SSN_____ Fecha de nacimiento: _____

I. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Entiendo que puedo tener una condición que requiere de procedimientos diagnósticos, examen físico y/o tratamiento médico. De forma voluntaria doy mi consentimiento para que se realicen tales procedimientos diagnósticos, pruebas de laboratorio, exámenes físicos y tratamientos que considere necesario mi proveedor de atención médica. Además, reconozco que los exámenes y tratamiento provistos en GRAND ISLAND DERMATOLOGY, pudieran no ofrece todas las garantías.

II. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Por medio del presente, Autorizo a GRAN ISLAND DERMATOLOGY a suministrar cualquier información o extracto de esta a cualquier compañía de seguro a un tercer pagador pertinente, con el fin de obtener el pago de la cuenta; así como a cualquier entidad prestadora de atención al paciente (médico especialista, hospital, radiología, oncología, patología, centro de imágenes, centro de enfermería especializada, centro de salud, etc.)

III. ACUERDO FINANCIERO

Ya sea que firme como paciente o como representante legal del paciente, Estoy de acuerdo y me comprometo a pagar la cuenta en consideración del servicio prestado al paciente. Los arreglos que sean diferentes al pago de la cuenta en su totalidad deben hacerse con la oficina. Si mi compañía de seguros niega los cargos por cualquier motivo, seré responsable de todos los cargos de mi visita a GRAND ISLAND DERMATOLOGY

IV. CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

Telemedicina involucra de medios electrónicos de comunicación que permitan al proveedor de salud evaluar y manejar los pacientes sin que estos estén presente en la oficina. Aunque esto mejora el acceso al cuidado de salud, existen riesgos potenciales. Estos riesgos incluyen: La información transmitida puede no ser suficiente, retraso en los tratamientos médicos, discernimientos equivocados, falta de acceso al récord medico completo y raramente brechas en la privacidad de la información. Doy mi consentimiento para los servicios de telemedicina

Para obtener una mayor descripción de los posibles usos de mi información de salud, tratamientos, pagos y cuidados de la salud, puedo referirme a GAND ISLAND DERMATOLOGY *Avisos de práctica de privacidad.*

Entiendo que tengo el derecho de revisar el *Avisos de práctica de privacidad* antes de firmar este consentimiento. Los términos del *Avisos de práctica de privacidad* pueden cambiar y es posible escribir a nuestra dirección para obtener una copia revisada.

Ud. tiene el derecho de solicitarle al proveedor la restricción del uso, declaración o traslado de su información de salud, tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de salud. Sin embargo, GRAND ISLAND DERMATOLOGY no está obligada a seguir estar restricciones solicitadas.

Ud. tiene el derecho de revocar este consentimiento escrito, excepto en la medida en que el proveedor haya tomado acciones de seguridad sobre ellas.

V. PARTE RESPONSABLE DEL FINANCIAMIENTO ___ Propio paciente (si es otra persona complete la sección a continuación)

Nombre_____ Relación con el paciente: ___Padres ___ Guardian ___Otros (especifique)_____

Dirección _____ teléfono_____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY) ____/_____/_____ SSN_____-_____-_____ Lugar de Trabajo _____

VI. **CONTACTO DE EMERGENCIA** Nombre_____

Relacion _____ teléfono_____

Podemos revelarle información de salud a esta persona Si____ No_____

VII. OTRA INFORMACIÓN

Contactarlo o dejarle un mensaje en su teléfono celular o de su casa recordando información sobre su salud Si____ No____

Lugar de trabajo _____

Proporciones el correo electrónico que emplea para acceder a nuestro portal online_____

EL FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO TODOS LOS TÉRMINOS ANTES MENCIONADO Y ES EL PACIENTE O UN ADULTO AUTORIZADO O EJECUTA LA ANTERIOR EN NOMBRE DEL PACIENTE, EL CUAL ACEPTA TODOS ESTOS TÉRMINOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS.

VIII. Firma_____ Fecha_____ Testigo_____

Relación con el paciente_____ teléfono_____