

CLINICA DE DERMATOLOGÍA RIO GRANDE

Por Favor De Completar La Siguiete Información-Escriba Claramente

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre:	Número de Paciente	
Dirección:	Fecha De Nacimiento :	Sexo:
Ciudad:	Seguro Social:	
Estado:	Código Postal:	Correo Electronico:
Número De Casa:	Contacto De Emegencia:	
Número De Trabajo:	Número De Emergencia:	
Número Celuar:	Relación de Emergencia:	
Dr. Primario:	Dr. Referente:	
Cómo se enteró de nuestra oficina?		

PERSONA RESPONSABLE

Nombre:	Fecha De Nacimiento:	
Dirección:	Seguro Social:	
Cuidad:		
Estado:	Código Postal:	Empleador:
Número De Casa:	Dirección de Empleador:	
Número De Trabajo:	Cuidad:	
Número Celular:	Estado:	Código Postal:

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Aseguranza Primaria:	Aseguranza Secundaria:
Número de Certificado:	Número de Certificado:
Número de Grupo:	Número de Grupo:
Nombre De Suscriptor:	Nombre De Suscriptor:
Fecha De Nacimiento:	Fecha De Nacimiento:

Me Gustaría Una Copia Del Aviso de Prácticas De Privacidad Sí No

Autorización De Pago De Beneficios Para El Médico: Yo autorizó la liberación de información médica u otra necesaria para procesar las reclamaciones de seguros de salud. También solicito pago de beneficios a la Clínica de Dermatología Rio Grande, PC cuando se acepta misiones y esta oficina archiva reclamos para mí. Yo comprendo que copagos, deducibles, y coaseguros me pueden ser pedidos en cada visita y yo estaré preparado (a) para hacer el pago. Si presento mi reclamación personalmente, entiendo que el pago debe hacerse por complete el momento de servicio; no se aplican descuentos para reclamos "auto-archivados".

Autorización Para Liberar Información Medica. Autorizó a la Clínica de Dermatología Rio Grande, PC para liberar toda la información necesaria para mi curso de tratamiento

Firma (Paciente o Padre Para Menores)

Fecha

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO DERMATOLÓGICO

Nombre De Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____ Fecha _____

Motivo De Su Visita _____ Duración De Condición _____

Medicamentos Actuales: (Orales, tópicos, & suplementos)

- Cinta Adhesiva
- Látex
- Lidocaína/Novocaína
- Níquel
- Perfume
- Luz Del Sol

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a Medicamentos:

Antecedentes Medicos :

- Cancer de la Piel
(Melanoma, Carcinomas de células basales o escamosas)
- Cancer
- Hipertensión (Alta Presión Sanguínea)
- Colesterol Alto
- Enfermedad Hepática (Hígado)
- Diabetes
- Artritis /dolor en las articulaciones/lupus/articulaciones artificiales
- Asma/Jadeo /Alergias
- Enfermedad Cardiaca
- Enfermedad Del la Sangre
- Enfermedad De Lípidos
- Problemas Musculo esqueléticos
- Enfermedad De La Tiroides
- Marcapasos/Dispositivo Implantado
- Otros _____

Historial Medico Reviso de Síntomas

Por favor marque todas las que **actualmente** se apliquen:

- Moretones
- Escalofríos
- Depresión
- Ojos Secos
- Labios Secos
- Fatiga
- Calentura
- Perdida De Cabello
- Dolor de las Articulaciones
- Debilidad Muscular
- Cambios En Las Uñas
- Náusea
- Sudores Nocturnos
- Hemorragias Nasaes
- Dolor
- Picazón
- Problemas Durmiendo
- Dolor De Garganta
- Ganglios Linfáticos Inflamados
- Cancer
- Cambios De Peso

Pacientes de Sexo Femenino:

- Esta actualmente embarazada?
- Esta amamantando?

Historial Familiar:

- Condiciones dermatológicas
- Cancer De La Piel

Historial Social:

- Usa Protector Solar?

Nombre De Farmacia:

Dirección/Intersección:

Médico De Referencia:

Cuestionario Demográfico :

Número De Paciente _____

Por favor selección uno de cada uno de los siguientes temas demográficos . Por Favor tome en cuenta que esta información es voluntaria y confidencial. Si no desea participar por favor seleccione la opción "Negado a Reportar /No Declaro "

Raza:

- Nativo Americano Indio o De Alaska
- Asiático
- Negro o Africano Americano
- Blanco/ Caucásico
- Otras Islas Del Pacífico
- Mas De Una Raza
- Negado a Reportar/ No Declaro

Etnicidad:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Negado a Reportar/ No Declaro

Idioma Preferido:

- Inglés
- Español
- Francés
- Japonés