Historia Medico

Nombre de Paciente:_____ Fecha de nacimiento_____Fecha:_____

Médico que lo refirio:_____Número de teléfono del Médico:_____

Médico de atención primaria:_____Número de teléfono del Médico:_____
(solo si es diferente al de arriba)

Nombre de su farmacia:_____ Cruce de calles de la farmacia: _____
Teléfono de la farmacia: _____

¿Alguna vez a tenido una reaccion a anestésicos locales? ☐ SI -- explique: _____ ☐ NO

¿Tiene alergia a algun medicamento?: ☐ **SI-Lista por favor: _____** ☐ **NO**

¿Alergia a huevos? ☐ **SI** ☐ **NO** **¿Alergia a la vacuna contra la influenza?** ☐ **SI** ☐ **NO**

Medicamentos/ medicamentos sin receta **que toma actualmente** incluyendo recetas de esta oficina.

Medicación	Dosis	Instrucciones

¿ Tiene usted historia personal o esta actualmente bajo tratamiento para alguna de las siguientes condiciones?
(si contesta si por favor explique):

☐ si ☐ no Problema cardiaco
☐ si ☐ no Hipertensión
☐ si ☐ no Marcapasos
☐ si ☐ no Embolio
☐ si ☐ no Coágulos de sangre
☐ si ☐ no Problemas de sangrado
☐ si ☐ no Problemas pulmonares
☐ si ☐ no VIH
☐ si ☐ no Condiciones psiquiátricos
☐ si ☐ no Hepatitis
☐ si ☐ no Diabetes
☐ si ☐ no PUVA/UVB
☐ si ☐ no Artritis
☐ si ☐ no Epilepsia
☐ si ☐ no Glaucoma
☐ si ☐ no Queloide cicatriz
☐ si ☐ no Cáncer
☐ si ☐ no Cáncer de la piel
☐ si ☐ no Trasplante de organo
☐ si ☐ no Terapia de la radiografía
☐ si ☐ no Problemas del riñón
☐ si ☐ no Prolapso mitral de valvula
☐ si ☐ no ¿Accutane entre los ultimos 6 meses?
☐ si ☐ no Actualmente embarazada/la lactancia materna
☐ si ☐ no Fiebre reumática
☐ si ☐ no Conjunto/valvula artificial
☐ si ☐ no Otros
☐ si ☐ no ¿Cirugía previa? Si contesta si, explique el tipo de cirugía y las fechas (mes/ año) de cada una:

_____

_____

☐ yes ☐ no ¿Antecedentes familiares de melanoma maligno? ¿Si si, quien? _____
☐ yes ☐ no Consumo de alcohol: ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____
☐ yes ☐ no Consumo de tabaco: Los tipos y las cantidades utilizadas: _____
☐ yes ☐ no ¿Tiene alguna historia de infecciones por MRSA?
☐ yes ☐ no ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía en el último año?
☐ yes ☐ no ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe en el último año? ¿Dónde (medico, hospital, etc.)?_____

_____ _____
Firma del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del Médico Fecha

Snyder Dermatology and Breast & Body Center of Austin
1510 W. 34th Street, Suite 100 Austin Texas 78703
P: 512.533.9900 F: 512.533.9901

El apellido del paciente	Primer nombre del paciente e Inicial Mediano				Fecha:
La Dirección de la calle y numero de Apartmento:	La ciudad y estado:				código postal:
Teléfono de Casa : ( )	Teléfono de trabajo y ext: ( )				Telefono de Celular: ( )
Genero del Paciente: F ☐ M ☐	la fecha del nacimiento	años:	número de seguro social		Numero de Licencia
El Nombre del padre (los Nombres) Si Paciente es un niño:					Correo electronico:
Razon para la visita?					Podemos comunicarnos por correo electrónico si no podemos contactarlo por teléfono? S ☐ N ☐
Cuál Médico lo refirió a nosotros?					A quién llamar en caso de una emergencia? Nombre y Relación: teléfono: ( )
Seguro Primaria:					
Nombre de Seguranza Primario:					Nombre del asegurado principal y fecha de nacimiento:
número de miembro o identificación:					
número del grupo de póliza:					
La relación de Segurado primaria al paciente:					
Seguro Secundario:					Nombre del asegurado principal y fecha de nacimiento:.
número de miembro o identificación					
número del grupo de póliza:					

SUELTE & la TAREA DE BENEFICIOS: Yo por la presente autorizo la liberación de cualquier y toda información médica a mi portador del seguro (s) representante, para propósitos necesarios en la sentencia o procesando de cualquier y todo reclamo al seguro (los reclamos) archivado en mi beneficio y para que soy financieramente responsable. Autorizo aún más todos beneficios del seguro son pagados al proveedor que rinde los servicios en el beneficio o Renee Snyder, M.D., el P.UN. o Snyder IV Necesitado, M.D., el P.UN.

SIDA/VIH que PRUEBA EN CASOS DE la EXPOSICION ACCIDENTAL: Comprendo que si un trabajador de asistencia sanitaria es expuesto accidentalmente a mi sangre o en persona líquidos en tal moda que el trabajador puede estar en peligro para contratar la Hepatitis B, la Hepatitis C o SIDA. Seré requerido a tener mi sangre probada, conforme a a protocolos de ley y oficina de Tejas, para determinar el presente de la Hepatitis B o la Hepatitis C Anticuerpos de superficie de antígenos y/o Virus de la inmunodeficiencia humana. Los resultados de la prueba serán mantenidos confidencial hasta el punto permitido por la ley y cualquier información con respecto a mi identidad, con respecto a tal probando, será destruido después de que probar y notificación del trabajador de asistencia sanitaria que fuera expuesto.

El CONSENTIMIENTO para TRATAR: Yo por la presente consiento al tratamiento por mi dermatólogo o cirujano plástico incluir examen y tratamiento, prescribiendo la medicina y la piel preparativos.

El RECONOCIMIENTO DE RECIBOS DE NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD: Yo e sido dado la oportunidad de leer una copia de la Nota de esta oficina de prácticas de Intimidad. Yo también comprendo, que tengo el derecho de solicitar una copia de la Nota de Prácticas de Intimidad para mis registros.

_____ _____

Firma del paciente (Padre/Guardian si el paciente es un menor de edad) **Date**

Snyder Dermatology and Breast & Body Center of Austin
1510 W. 34th Street, Suite 100
Austin, Texas 78703
P: 512.533.9900 F: 512.533.9901

POLITICA FINANCIERA

¡Gracias por elegir nuestra práctica! Estamos cometidos al éxito de su tratamiento y el cuidado médico. Comprenda por favor que el pago de su cuenta forma parte de su tratamiento y el cuidado. Por favor ponga sus inicialés en cada uno de los siguientes artículos reconociendo que a leído el contenido:

1. _____ Si participamos con su plan de seguro médico, facturaremos el portador para todos los cargos para los servicios rendidos. Facturaremos sus planes primarios y secundarios de seguro. Usted será responsable en aquel momento de servicio para el pago de:

- Deducible Anual
- los Co-Pagos
- las Cargas para servicios que su seguro no cubrió o servicios cosméticos

En caso de que nosotros no estemos enterados de una carga que no es cubierta por su plan, usted será facturado para su equilibrio después de que obtenemos una negación de su seguro. Es aconsejado que algo que usted eliga ser quitado o una biopsia, probabalemente no pueda ser cubierto bajo su co-pago de la consulta y es susceptible a su deducible. Haremos cada esfuerzo de contactar su seguro para verificar sus beneficios. Pero en caso que nosotros no podemos contactarlos, usted será responsable de su co-pago y cualquier otro cobro para el procedimiento realizado. Tales procedimientos incluyen, pero no son limitados a: biopsias, la eliminación de verrugas, de los lunares, de lesiones pre-cancerosos, y de otras lesiones de piel. Los métodos de la eliminación pueden incluir, pero no son limitados a: cortando, la congelación, quemar, o la aplicación de un agente abrasador.

2. _____ Somos proveedores de Medicare, por lo tanto nosotros cobramos Medicare directamente. Usted será responsable en aquel momento de servicio para el pago de:

- Deducible Anual
- los Co-Pagos
- las Cargas para servicios de no-cubrió o cosmético

Usted será pedido firmar una Renuncia de Forma de Obligación en caso de que un servicio sea proporcionado, que sabemos no es cubierto por Medicare.

3. _____ Si usted no tiene seguro medico, el pago es colectado en el momento de recibir los servicios.

4. _____ En caso que nosotros recibimos un cheque devuelto del banco debido a fondos insuficientes, un honorario de $35.00 será cargado a su cuenta y el pago se debe pagar al recibir su factura.

5. _____ Si usted compra productos del cuidado de piel o suministros de nuestra oficina, comprenden por favor que estos productos/suministros son un artículo no reembolsable. En caso de que el producto sea defectuoso, reemplazaremos contentamente el artículo (artículos).

6. _____ Nosotros solicitamos que usted de avizo de 48 horas si usted no puede acudir a su cita. Si no nos informa 48 horas antes tendrá como resultado un cobro de $35.00 por ver perdido la cita. Este cobro no es cubierto por su del plan del seguro.

7._____ El cobro para una Consulta Cosmética con un cirujano plástico es $150 en reservar su cita. Este cobro es tomado en el momento de reservar su cita y no sera reembolsado si la cita es perdida sin avizo de 48 horas. Este honorario será aplicado a algún procedimiento cosmético que es planificado.

Para su conveniencia nosotros aceptamos el dinero en efectivo, cheque, las tarjetas de crédito incluyendo: Mastercard, Visa, American Express, Discover, y Care Credit. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntarnos. Estamos aquí para ayudarle de cualquier manera posible. Su firma abajo significa que usted comprende nuestra política financiera y su responsabilidad con respecto a cobros por servicios en esta oficina.

_____ _____

Firma de Paciente/Guardian **Date**

Ned Snyder IV, M.D., Renee R. Snyder, M.D., Jennifer Aranda, M.D, Tessa Cervantes, M.D.
La NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD

ESTA NOTA DESCRIBE COMO INFORMACION de SALUD SOBRE USTED que mayo ES USEDAND REVELO Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR el ACCESO A ESTA INFORMACION
REVISE POR FAVOR CON CUIDADO LA INTIMIDAD DE SU INFORMACION de la SALUD ES IMPORTANTE A LOS OTROS

NUESTRO DEBER LEGAL
Somos requeridos por aplicable federal y la ley del estado para mantener la intimidad de su información de la salud. Nosotros también somos requeridos a darle esta Nota acerca de nuestras prácticas de la intimidad, acerca de nuestros deberes legales, y acerca de sus derechos con respecto a su información de la salud. Debemos seguir las prácticas de la intimidad que son descritas en esta Nota mientras tiene vigencia. Esta Nota surte efecto 2007 de enero, y se quedará vigente hasta que nosotros lo reemplacemos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de la intimidad y los términos de esta Nota en tiempo, tales cambios proporcionados son permitidos por la ley aplicable. Reservamos el derecho hace los cambios en nuestras prácticas de la intimidad y los términos nuevos de nuestra Nota efectiva para toda información de la salud que mantenemos, inclusive información de salud que creamos o recibimos antes hacemos los cambios. Antes hacemos los cambios significativos en nuestras prácticas de la intimidad, nosotros cambiaremos esta Nota y haremos la nueva Nota disponible sobre la petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestra Nota en tiempo. Para más información sobre nuestras prácticas de la intimidad, o para copias adicionales de esta Nota, por favor nos contacta utilizando la información listó a fines de esta Nota.

Los USOS Y REVELACIONES DE INFORMACION de SALUD
Utilizamos y revelamos información de salud sobre usted para el tratamiento, las operaciones del pago y la asistencia sanitaria. Por ejemplo:

El tratamiento: Podemos utilizar o podemos revelar su información de la salud a un médico u otro proveedor de la asistencia sanitaria que proporcionan el tratamiento a usted.

El pago: Podemos utilizar y poder revelar que su información de la salud para obtener el pago para servicios que proporcionamos a usted.

Las Operaciones de la asistencia sanitaria: Podemos utilizar y poder revelar su información de la salud con respecto a nuestras operaciones de asistencia sanitaria. Las operaciones de la asistencia sanitaria incluyen la evaluación de la calidad y actividades de mejora que revisan la competencia o los requisitos de profesionales de asistencia sanitaria, evaluando el desempeño de facultativo o a proveedor, realizando entrenando los programas, la acreditación, y la certificación, licenciar, o las actividades de credentialing.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información de la salud para el tratamiento, las operaciones del pago o la asistencia sanitaria, usted nos puede dar autorización escrita para utilizar su información de la salud o para revelarlo a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da autorización, usted lo puede revocar en escritura en tiempo. Su revocación no afectará ningún uso ni la revelación realizados por su autorización mientras tuvo vigencia. A menos que usted nos dé autorización escrita, nosotros no podemos utilizar ni podemos discutir su información de la salud para ninguna razón menos esos descrito en esta Nota.

A Su Familia y Amigos: Con su autorización nosotros podemos revelar su información de la salud a un miembro de la familia, el amigo u otra persona hasta el punto necesario para ayudar con su asistencia sanitaria o con el pago para su asistencia sanitaria.
Las personas Implicaron en el Cuidado: Podemos utilizar o podemos revelar que información de salud para notificar, o para participar en la notificación de (inclusive identificar y situar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsables de su cuidado, de su ubicación, de su condición general, o de la muerte. Si usted es presente, entonces antes del uso o la revelación de su información de la salud, nosotros le proporcionaremos con una oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En caso de sus circunstancias de la incapacidad o la emergencia, nosotros revelaremos información de salud basada en una determinación que utiliza nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente pertinente a la participación de la persona en su asistencia médica. Nosotros también utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer las inferencias razonables de su mejor interés a permitir a una persona para recoger las prescripciones llenadas, los suministros médicos u otras formas semejantes de información de salud.

Necesario por la Ley: Podemos utilizar o podemos revelar su información de la salud cuando somos requeridos a hacer así por la ley.

El abuso o Descuida: Podemos revelar que su información de la salud para apropiar las autoridades si creemos razonablemente que usted es una víctima posible del abuso, del descuido, o de la violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de la salud hasta el punto necesario para apartar una amenaza grave a su salud o la seguridad o la salud o la seguridad de otros.

La Seguridad nacional: Podemos revelar a autoridades militares la información de la salud del personal de Fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a la información federal autorizada de la salud de funcionarios necesaria para la inteligencia lícita, para el

contraespionaje, y para otras actividades nacionales de la seguridad. Podemos revelar a funcionarios correccionales de instituciones o aplicación de la ley que tienen la custodia de información protegida de salud de un preso o el paciente bajo ciertas circunstancias.

Los Recordatorios de la cita: Podemos utilizar o podemos revelar que su información de la salud para proporcionarle con recordatorios de cita como mensajes de voicemail, con las tarjetas postales, o con las cartas.

El marketing: Podemos utilizar su nombre y la dirección para enviarle una copia de nuestro boletín trimestral que contiene información sobre seminarios próximos, nuevas y las opciones mejoradas del tratamiento, la Dermatología especial así como general, médica y Cosmética & información Plástica de Cirugía para nuestros pacientes.

El laboratorio/la patología/la cultura Resulta: Todos pacientes son procurados ser notificados de sus resultados por teléfono. Es su última responsabilidad de llamar nuestra oficina para sus resultados si podemos non alcanzarle.

DERECHOS DE PACIENTES

El acceso: Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información de la salud, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición en la escritura para obtener el acceso a su información de la asistencia sanitaria. Usted puede obtener una forma para solicitar el acceso utilizando la información de contacto listó a fines de esta Nota. Hay un $35 honorario para historiales médicos. Si sus registros son transferidos a otro médico no hay honorario.

La Contabilidad de la revelación: Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los que nuestros socios revelaron su información de la salud para propósitos, de otra manera que el tratamiento, el pago, las operaciones de asistencia sanitaria y ciertas otras actividades, para los últimos 6 años, pero no antes del 1 de noviembre de 2005. Si usted solicita esta contabilidad no más de una vez en un período de 12 meses, nosotros le podemos cargar un razonable, el honorario de costo-basó para responder a estas peticiones adicionales. Nuestra práctica le notificará de los costos implicados con peticiones adicionales, y usted le puede retirar solicita antes que usted contrae cualquier costo.

La restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que colocamos las restricciones adicionales en nuestro uso y la revelación de su información de la salud. Nosotros no somos requeridos a aceptar estas restricciones adicionales, pero si hacemos, respetaremos nuestro acuerdo, menos en situaciones de emergencia. Usted puede obtener una forma para solicitar la revelación restringida utilizando la información de contacto listó a fines de esta Nota.

Comunicación alternativa: Usted tiene el derecho de solicitar que comunicamos con usted acerca de su información de la salud por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Usted debe hacer su petición en la escritura. Su petición debe especificar los medios o la acción alternativos y proporcionar la explicación satisfactoria cómo pagos serán manejados bajo los medios de la alternativa o la ubicación que usted solicita.

Las enmiendas: Usted tiene el derecho de solicitar que enmendamos su información de la salud. Su petición debe estar en la escritura y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

La Nota electrónica: Si usted recibe esta Nota en nuestro sitio web o por el correo electrónico (correo electrónico) usted tiene derecho para recibir esta Nota en el formato escrito.

Correo electrónico: Correo electrónico es de ser utilizado para el contacto inicial, información generalizada en procedimientos, o en planificar las citas. Mande correo electrónico no puede sustituir para una visita física de médico. No envíe urgentes correos electrónicos ni peticiones para la atención médica inmediata. Llame por favor nuestra oficina si necesitado de ayuda inmediata (512-533-9900) o llame 911 en una emergencia.

Las PREGUNTAS O QUEJAS

Si usted desea que más información sobre nuestras prácticas de la intimidad o tiene las preguntas o concierne por favor nos contacta. Si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados, usted puede archivar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Para archivar una queja con nuestra práctica por favor contacte a nuestra oficina al (512) 533-9900. Todas quejas deben ser sometidas en la escritura.