

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Celular# \_\_\_\_\_ Nombre De Médico Primario \_\_\_\_\_ Teléfono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Razón de su visita \_\_\_\_\_ Farmacia # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Género: ☐ Masculino ☐ Femenina**HISTORIAL MÉDICO**

Alergias: \_\_\_\_\_

**¿Qué medicamentos orales está tomando actualmente?**\_\_\_\_\_  
¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

- ☐ Cancer ☐ Diabetes ☐ Presión Alta ☐ Herpes ☐ Bronquitis ☐ Enfisema  
☐ Asma ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ☐ Dolor de pecho  
☐ Infarto de miocardio ☐ Soplo cardíaco ☐ Accidente cerebrovascular  
médico(Stroke) ☐ Ritmo cardíaco irregular ☐ Marcapasos ☐ Coágulo de  
sangre ☐ Flebitis ☐ Prolapso de la válvula mitral ☐ Glaucoma ☐ Artritis  
☐ Herpes labial frecuentes ☐ VIH / SIDA ☐ Queloides ☐ Enfermedades/  
lesiones de la piel ☐ Convulsiones ☐ Hepatitis ☐ Desequilibrio hormonal  
☐ Tiroide

**Algún procedimiento quirúrgico realizado en los últimos 6 meses?**\_\_\_\_\_  
**¿Ha recibido la vacuna contra la gripe?** ☐ Si ☐ No**¿Ha recibido su vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años?**  
☐ Si ☐ No**Fuma** ☐ Si ☐ No **Ex fumador** ☐ Si ☐ No**¿Actualmente toma alcohol?** ☐ Si ☐ No**¿Cuánto alcohol consume al día?** \_\_\_\_\_**¿Necesita antibiótico antes de la cirugía?** ☐ Si ☐ No**¿Está usando actualmente medicamentos UV?** ☐ Si ☐ No**¿Tiene articulaciones, clavijas, o tornillos artificiales?** ☐ Si ☐ No**Si es así, indique la ubicación / tipo:** \_\_\_\_\_**PIEL****¿Tiene antecedentes de cáncer de piel?** ☐ Si ☐ No**¿Antecedentes familiares de cáncer de piel?** ☐ Si ☐ No**¿Usas protector solar regularmente?** ☐ Si ☐ No**¿Cuándo se expone al sol?**☐ Se Broncea ☐ Se Broncea y se Quema ☐ Se Quema**HISTORIAL COSMÉTICO****¿Alguna vez ha recibido?** ☐ Tratamiento con láser☐ Neurotoxina ☐ Rellenos dérmicos ☐ Exfoliaciones  
químicas**¿Le interesan los tratamientos cosméticos?**☐ Si ☐ No**¿Si sí, cuales?** \_\_\_\_\_**¿Está interesado/a en aprender sobre****Coolsculpting?** ☐ Si ☐ NoEn el siguiente diagrama, por favor marque cualquier  
lugar en el que le gustaría mejorar su apariencia**INFORMACIÓN DE LAS REDES SOCIALES****INSTAGRAM-** \_\_\_\_\_**FACEBOOK-** \_\_\_\_\_**¡SÍGANOS! @DERMEXPERTS**

## CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿PODEMOS DEJAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL EN SU CORREO DE VOZ? ☐ Si ☐ No  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿PODEMOS ENVIARLE INFORMACIÓN MÉDICA? ☐ Si ☐ No

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿PODEMOS ENVIARLE INFORMACIÓN MÉDICA POR CORREO ELECTRÓNICO? ☐ Si ☐ No

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

¿PODEMOS DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL CON ALGUIEN? ☐ Si ☐ No

Yo \_\_\_\_\_ doy permiso a Dermatology Experts para discutir mi información médica con las siguientes personas:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL PACIENTE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo doy permiso a Dermatology Experts para que me proveen tratamiento médico.

Yo autorizo que el consultorio solicite beneficios para pagar por los servicios que recibo.

Yo entiendo que:

- La práctica tendrá que enviar la información de mi historial médico a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o no tengo seguro.

Yo entiendo que:

Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento de tratamiento.

Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

Los procedimientos que se encuentran con más frecuencia en un consultorio de dermatología son biopsias de piel / crioterapia / extirpación de lesiones cutáneas / legrado / y administración de anestesia local. Cada procedimiento tiene un pequeño riesgo de dejar cicatrices que pueden o no ser perceptibles (común), infección (poco común), sangrado (raro) o reacción alérgica (raro). Entiendo que se tomará una imagen fotográfica de cualquier sitio de biopsia o cirugía realizada con el único propósito de identificar dicho sitio y reclamos de seguros. Doy mi consentimiento expreso para que se tome dicha fotografía.

**\*\* Si es alérgico a cualquier tipo de anestesia local, informe a su proveedor de inmediato.\*\***

Entiendo que un laboratorio externo me puede facturar por el trabajo que se realiza en esta oficina, si mi compañía de seguros no tiene un laboratorio o instalación contratada, o si los servicios no están cubiertos por mi compañía de seguros. Notificaré al proveedor cada vez que tenga una cita. En el caso de que mi cuenta deba ser entregada a una agencia de cobranza, entiendo que se agregará una tarifa de cobranza de \$ 15.00 a mi cuenta.

Por la presente certifico que he leído el CONSENTIMIENTO anterior y que entiendo completamente su contenido.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

## **Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) Acuerdo de Autorización del Paciente**

Autorización para la divulgación de información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta práctica origina y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como: base para planificar mi atención y tratamiento;

- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi cuidado de la salud;
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura;
- Un medio por el cual un tercer pagador puede verificar que los servicios facturados se proveeron realmente
- Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información.

Entiendo que, como parte de mi atención y tratamiento, puede ser necesario proporcionar mi información médica protegida a otra entidad cubierta. Tengo derecho a revisar el aviso de esta Práctica antes de firmar esta autorización. Autorizo la divulgación de mi información médica protegida como se especifica a continuación para los fines y las organizaciones designadas por mí.

Regla de privacidad de acuerdo de consentimiento del paciente Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (§164.506 (a))

Tengo derecho a revisar las prácticas de Notificación de información de esta Práctica antes de firmar este consentimiento;

- Que esta Práctica se reserva el derecho de cambiar el aviso y las prácticas y que antes de la implementación enviará por correo una copia de cualquier aviso a la dirección que he proporcionado, si así lo solicito;
- Tengo derecho a oponerme al uso de mi información médica para propósitos de directorio;
- Tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi Información de salud protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y que esta Práctica no está obligada por ley a aceptar las restricciones solicitadas;
- Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esta Práctica ya haya tomado medidas basándose en el mismo.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Autorizo a mi médico y a los representantes del personal; para tomar fotografías de mi cuerpo por PROPÓSITOS MÉDICOS que se utilizarán para el cuidado de mi paciente.

Entiendo que: se toman fotografías para capturar los resultados del tratamiento de mi procedimiento médico.

Por la presente certifico que he leído el CONSENTIMIENTO este y que entiendo completamente su contenido.  
Paciente o guardián legal, por favor firme.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Autorizo que las imágenes que se me tomen sean utilizadas por el médico, con FINES DE MARKETING y /o redes sociales. No seré identificado por mi nombre en ninguno de los materiales publicados. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mediante una revocación por escrito dirigida a mi médico y a mi empresa. Por la presente libero a mi médico de todas y cada una de las reclamaciones y demandas que surjan de, o junto con, el uso de las fotografías. El aviso de revocación no afectará ninguna acción tomada antes de recibir esta notificación por escrito. Certifico que he leído este comunicado detenidamente y que entiendo completamente sus términos. Si es menor de 18 años, el padre o guardián legal debe firmar.

Por la presente certifico que he leído este CONSENTIMIENTO y que entiendo completamente su contenido.  
Paciente o guardián legal, por favor firme.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NO** deseo que mis imágenes se utilicen con fines de marketing y / o redes sociales.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **ACUERDO DE ARBITRAJE**

**Artículo 1: Acuerdo de arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados o se prestaron de manera inadecuada, negligente o incompetente, se resolverá mediante la sumisión a arbitraje. según lo dispuesto por la ley estatal y federal, y no por una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto cuando la ley estatal y federal disponga una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje. **Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas:** También se entiende que cualquier disputa que no se relacione con negligencia médica, incluidas las disputas sobre si una disputa está sujeta o no a arbitraje, también se determinará mediante la sumisión a arbitraje vinculante. Es la intención de las partes que este acuerdo obligue a todas las partes en cuanto a todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones que surjan de o se relacionen con el tratamiento o los servicios proporcionados por el proveedor de atención médica, incluidos los herederos o cónyuges pasados, presentes o futuros del paciente en relación con todas las reclamaciones, incluida la pérdida del consorcio. Este acuerdo también está destinado a vincular a los hijos del paciente, nacidos o no nacidos, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. Este acuerdo está destinado a vincular al paciente y al proveedor de atención médica y / u otros proveedores de atención médica con licencia o pasantes de preceptoría que ahora o en el futuro tratan al paciente mientras están empleados, trabajando o asociados con o sirviendo como respaldo para el proveedor de atención médica, incluidos los que trabajan en la clínica u oficina del proveedor de atención médica o en cualquier otra clínica u oficina, sean o no signatarios de este formulario. Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el proveedor de atención médica y / o los asociados, asociación, corporación, sociedad, empleados, agentes y patrimonio del proveedor de atención médica deben ser arbitrados, incluidos, entre otros, los reclamos. por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional, medidas cautelares o daños punitivos. **Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable:** La demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días siguientes. El árbitro neutral será entonces el árbitro único y decidirá el arbitraje. Cada parte del arbitraje pagará la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir honorarios de abogados, honorarios de testigos u otros gastos incurridos por una fiesta en beneficio propio. Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de dividir las cuestiones de responsabilidad y daño previa solicitud por escrito al árbitro neutral. Las partes dan su consentimiento para la intervención y unión en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá en espera del arbitraje. Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley estatal y federal, cuando corresponda, establecen el derecho a presentar pruebas de cualquier monto pagadero como beneficio al paciente en la medida máxima permitida

por la ley, limitando el derecho a recuperar pérdidas no económicas, y el derecho a que un juicio por daños futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a las disputas dentro de este Acuerdo de arbitraje. Las partes acuerdan además que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Estadounidense de Arbitraje regirán cualquier arbitraje realizado de conformidad con este Acuerdo de Arbitraje. **Artículo 4: Disposición general:** Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitradas en un solo procedimiento. Se renunciará a una reclamación y se prescribirá para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación, la reclamación, si se hace valer en una acción civil, estaría prohibida por el estatuto legal de limitaciones aplicable, o (2) el reclamante no persigue la demanda de arbitraje de acuerdo con los procedimientos aquí prescritos con una diligencia razonable. **Artículo 5: Revocación:** Este acuerdo puede revocarse mediante notificación por escrito entregada al proveedor de atención médica dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios profesionales recibidos por el paciente y todas las demás disputas entre las partes. **Artículo 6: Efecto retroactivo:** Si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra los servicios prestados antes de la fecha de su firma (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debe poner sus iniciales aquí. \_\_\_\_\_. Efectivo a partir de la fecha de los primeros servicios profesionales. Si alguna disposición de este Acuerdo de Arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MAL PRÁCTICA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRO Y CEDE SU DERECHO A UN JURADO O UN JUICIO ANTE UN TRIBUNAL. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

(O representante del paciente) (Indique la relación si firma por el paciente)

FIRMA DE PERSONAL DE OFICINA X \_\_\_\_\_