

# REGISTRO DEL PACIENTE

Si el paciente es un niño, llene la información en lo que respecta al Niño

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Como en la tarjeta de seguro)

Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección(Calle/Ciudad/codico postal): \_\_\_\_\_

Inicio Tel. # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel negocios. # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tu celular #(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Was primarias Esta es su médico de referencia?  NO  SI  
(Tal y como aparece en su tarjeta de seguro) Localización (ciudad) \_\_\_\_\_

Se entero aquí por otro médico?  NO  SI Si es así, ¿cuál \_\_\_\_\_

La información necesaria para el cumplimiento gubernamental:

Carrera: White  
Africano American  
Asian  
Otro \_\_\_\_\_

Preferred Idioma: English  
Spanish  
Refuse de respond

Ethnicity: Hispano o Latino  
Not Hispano o Latino  
Refuse de respond

¿Cómo se entero de nuestra práctica?  Radio / TV  Internet  Facebook / Twitter  Correo electrónico  
(Por favor marque uno)  Sitio Web  Referencia Médica  Family/Friend  Other

Padre / tutor responsable Padre /tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono padre / tutor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección(Calle/Ciudad/Zip): \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono móvil#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Al marcar, usted autoriza a Advanced Specialty Care para analizar su información médica con el contacto de emergencia mencionado anteriormente.

\*Nuestro plan de seguro requiere una referencia de autorización de seguro a esta oficina, debe tener esta referencia en el momento de su visita, o se esperará el pago completo. Es su responsabilidad asegurarse de que su remisión de autorización esté actualizada y archivada en esta oficina antes de consultar al médico en todas las visitas, incluidos los seguimientos. NO hay excepciones a la política de referencia de la oficina.

\*POLÍTICA DE HSA: si tiene un plan de seguro de cuenta de ahorros para la salud y no se ha alcanzado su deducible, solicitamos el pago en el momento del servicio, se puede establecer un plan de pago con nuestro departamento de facturación. Su visita a la oficina puede oscilar entre \$ 150 y \$ 260, para pruebas adicionales que van desde \$ 200 hasta \$ 800.

**¿LA VISITA DE HOY ESTÁ RELACIONADA CON UNA LESIÓN, ACCIDENTE O PAGADOR DE LA TERCERA PARTE?  NO  YES**  
**INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO**

*La información debe completarse por completo, incluso si copiamos su tarjeta de seguro*

Plan de nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group name or Number: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ Relation to patient: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_

### Información secundaria de la compañía de seguros

Plan de nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group name or Number: \_\_\_\_\_

Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ Relation to patient: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_

# ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT AND ACCEPTANCE OF:

## Notice of Privacy Practices Informed Consent

### Practice Financial Policies

### ADVANCED SPECIALTY CARE

107 Newtown Road, Danbury, CT 06810

131 Kent Road New Milford, CT 06776

488 Main Ave, Norwalk, CT 06851

901 Ethan Allen Highway, Ridgefield, CT 06877

22 Old Waterbury Road, Southbury, CT 06488

**Official Primario:** Jennifer Retter (203) 830-4700 ext 8265

Por la presente reconozco que tuve la oportunidad de revisar el aviso de **Prácticas De Privacidad de esta Práctica médica. (HIPAA)**, y que tengo derecho de preguntar por una copia en papel por la forma de Practicas par allevarmela conmigo. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en la area de recepción, y que puedo solicitar una copia de un aviso modificado de Prácticas De Privacidad en cada cita.

Yo autorizo a esta(s) personas que estan listadas para discutir mi historial medico.

Nombre y Telefono

Relacion

Nombre y Telefono

Relacion

Debido a las leyes de hipaa, no podemos dejar información médica en su correo de voz o enviarlo por correo electrónico o dejarlo con un miembro de su familia. no podemos analizar su atención médica con nadie a menos que que ud lo autorize, es por eso que le pedimos que lo autorice a traves de este formulario.

Yo autorizo a los medicos de ASC de dejar informacion medica perteneciente a mi cuidado medico, incluidos los resultados de las pruebas por los siguientes métodos, asumire la responsabilidad de notificar a la oficina cada vez que cambie esta información. Por favor marque debajo de todo lo que aplique.

Telefono de Casa/ Maquina contestadora

Si  No

Celular

Si  No

Por la presente autorizo Advanced Specialty Care para corresponder conmigo o con las personas autorizadas por mediante mail mi historial medico a menos que requiera

Por favor tenga en cuenta que los empleados de ASC pueden discutir problemas de pago con los miembros de mi familia o cualquier otro miembro que este representado. incluyiendo el suscriptor de mi plan de seguro, a menos que solicite protecciones de privacidad especiales. Mi firma en este formulario autoriza dicha discusion financiera.

Bajo ciertas circunstancias, esta oficina puede necesitar solicitar informes de laboratorio, radiología u otros diagnosticos o historial medico, de instalaciones medicas externas para proporcionar tratamiento. A veces estas instalaciones pueden requerir una autorización para liberar dichos registros. My firma autoriza el traslado de estos registros.

Entiendo que ningún procedimiento proporcionado por esta instalación es completamente sin riesgo, Autorizo la atención y el tratamiento que se me proporcionan según las indicaciones generales o especificas de mi medico o asistente medico.

Entiendo que se me sera cobrado \$25-\$50 **NO SHOW** fee por no presentarme a mi cita programada. Para evitar la tarifa de no presentación, una cita debe cancelarse 24 horas antes.

**Si esta oficina no tiene un contrato con mi comparania de seguro, el pago de vera ser echo el dia de la cita a menos que** tenga un plan de pago echo con la gerente de la practica. Para pacientes con cobertura

Para los pacientes con cobertura con los que participamos, presentaremos sus reclamos al seguro principal por todos los servicios y procedimientos que brindamos.

Es su responsabilidad obtener todas las referencias y autorizaciones que se requieran por su plan de cobertura y estar al tanto de su cobertura y beneficios. Todos los cargos seran su responsabilidad desde la fecha que se le daran los servicios.

Entiendo eso independientemente de mi estado de seguro medico. Soy totalmente responsable por el balance de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado, si un pago no se recibe de manera apropiada, mi cuenta sera entregada a una agencia de cobros. Yo acepto notificar ala oficina de Advanced Specialty Care por todos los cambios que aigan en mi seguro medico par que puedan hacer el reclamo.

Firma (guardian si es menor)

Relacion para el paciente

Nombre

Fecha

Nombre de paciente

Fecha de Nacimiento

## Dermatology Intake

Patients Name: (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_

Patients Date of Birth: (Fecha de nacimiento del paciente)  
\_\_\_\_\_

Today's Date: (Fecha actual) \_\_\_\_\_

Patients Height and Weight: (Estatura de paciente e peso)  
\_\_\_\_\_

**Please list all medications you are currently taking and dosage** (Include prescriptions, non-prescriptions, herbal supplements, etc.)(Liste todos los medicamentos que este tomando actualmente incluyendo la dose.)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Allergies to medication: Drug name/Reaction (Las alergias a los medicamentos nombre de reaccion de la droga)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Latex Allergy (alergia al latex)**  Yes  No

**Review of systems:** Please circle Yes or No

Joint pain/arthritis/artritis	Y/N
Heartburn/Acidez	Y/N
Depressed Mood/Estado deprimido	Y/N
Rash/Erupcion	Y/N
Easy bleeding/Sangra facil	Y/N
Swelling of lower leg/Inflamacion de pierna	Y/N
Fever/Fiebre	Y/N
Heat Intolerance/Intolerancia al calor	Y/N
Visual Change/Cambio visuals	Y/N
Shortness of Breath/Dificultad para respirar	Y/N

**Personal Medical History:** Please circle Yes or No

Cancer: Type _____	Y/N
Melanoma	Y/N
Bleeding Disorder/Desorden sanguino	Y/N
High Blood Pressure/Presion alta	Y/N

List any other pertinent medical history/Algun otro historial medico:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## Pharmacy Information (Informacion de la farmacia)

Name/Number: \_\_\_\_\_

Location/Ubicacion: \_\_\_\_\_

Referring MD/Medico que lo

referio: \_\_\_\_\_

Primary Care MD/Medico primario: \_\_\_\_\_

**Family History:** Please circle Yes or No

**Melanoma** Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

**Skin Cancer/Cancer del piel: Type** \_\_\_\_\_ Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

**Eczema** Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

**Psoriasis** Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

**Diabetes** Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

**Heart Disease/Enfermedad de Corazon** Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

**Anesthesia Problems/Problema con anesthesia** Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

**Cancer: Type** \_\_\_\_\_ Y/N

Father\_\_ Mother\_\_ Sister\_\_ Brother\_\_ Son\_\_ Daughter\_\_

List any other pertinent family history:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## Social History: (Historia social)

(Smoking status for patients 13 yrs. an older/ Fumar estado para pacientes de 13 anos y mayores)

Occupation: \_\_\_\_\_

- Current every day smoker (Ha utilizado alguna vez el tabaco)
- Current occasional smoker (Actual fumador de cada dia?)
- Smoker, current status unknown (Actual algun fumador de diano?)
- Never smoker (Nunca fumador?)
- Former smoker (Ex fumador?)
- Unknown if ever smoked (Sabe si alguna vez has fumado?)

**Do you drink alcohol/Consume bebidas alcoholicas**

**If yes: Daily/Weekly/Monthly/Yearly**

**Encaso que si: Diario/semana/mensual/anual**

**Do you consume caffeine (Consumes cafeina)** Y/N

**When you are exposed to the sun, do you.....**

**Cuando estas expuesto al sol.....**

Tan only/Solo bronceas Y/N

Tan and burn/Bronceas y quemarse Y/N

Burn only/Solo quemarse Y/N

**Have you ever had blistering sunburn?** Y/N

**Alguna vez has tenido quemaduras solares con ampollada?**