

WHITE ROCK DERMATOLOGY

10611 Garland Rd, Suite 110, Dallas, TX 75218 Tel: 214-324-2881

Fecha: _____

Nombre completo: _____ Género: _____ Edad: _____

Estado Civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Enviudado/a _____ Divorciado/a _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Ocupación/Oficio: _____

Dirección: _____ Ap.# _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Email: _____

Teléfono particular/Celular: _____

Empleador: _____ Teléfono de empleador: _____

Nombre de Cónyuge/Guardián: _____

Por favor, proporcione la siguiente información de la persona que será responsable del pago de las facturas médicas (si es diferente de la persona mencionada anteriormente)

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono particular/Celular: _____

Contactos de Emergencia _____

Pariente que no viva con usted: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Amigo/a que no viva con usted: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____ Doctor Familiar _____ Amigo/a _____ Aseguranza _____ Internet _____

Médico de Cabecera: _____

Cubierto por seguro médico: ☐ Si ☐ No Siesta, nombre de su plan: _____

Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, COMPLETE:

Nombre de Guardián: _____ #de empleador: _____

Si me resulta imposible acompañar a mi hijo/a (menor de edad o joven adulto) a una cita, por la presente otorgo a White Rock Dermatology permiso para examinar y tratar a mi hijo en caso de que llegue a la consulta sin acompañante.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Problemas cutáneos actuales: Describa con sus propias palabras el problema por el que está consultando al médico:

Problema/Ubicación	Duración	Tratamiento Previo
1.		
2.		
3.		

IMPORTANTE: ¿Es alérgico a algún medicamento? **Sí** ___ **No** ___

Si la respuesta es afirmativa, por favor, enumérelas: _____

Por favor, enumere cualquier medicamento que esté tomando actualmente o que tome con cierta frecuencia (o proporcione una lista)

HISTORIAL MEDICO: (Por favor, compruebe si ha experimentado lo siguiente)

___ Alergias/Asma	___ Problemas renales	___ Eczema	___ Hongos
___ Ulcera Péptica	___ Tuberculosis (TB)	___ Hipertensión	___ Diabetes
___ Cardiopatía	___ Epilepsia	___ Urticaria	___ Cáncer
___ Tiroides	___ Cicatrices/Queloides	___ Tendencia al sangrar	
___ Enfermedad hepática	___ Otras enfermedades (especifique) _____		

¿Fuma? ___ Toma alcohol? ___ Dieta Especial? ___ Hace ejercicio con regularidad? _____

¿Tiene un marcapasos cardiaco? **SI** ___ **NO** ___

¿Está embarazada? **SI** ___ **NO** ___ Si esta, cuál es su fecha de parto? _____

HISTORIAL DE PROBLEMAS DE LA PIEL:

Enfermedades previas: _____

¿Ha estado bajo el cuidado de un dermatólogo en los últimos cinco años? **SI** ___ **NO** ___

¿Antecedentes personales de cáncer de piel? **SI** ___ **NO** ___ Tipo: _____

Factores de riesgo para el cáncer de piel: Exposición a la radiación ___

Antecedentes de múltiples quemaduras solares ___ Tratamientos de PUVA ___

Inmunosupresión crónica (trasplante de órganos, quimioterapia, SIDA) ___

Antecedentes familiares de cáncer de piel: **SI** ___ **NO** ___ Tipo: _____

Antecedentes familiares de enfermedades cutáneas (Por favor, especifique) _____

Por favor, proporcione cualquier información que considere importante que el medico conozca y que no esté incluida anteriormente: _____

Mi firma a continuación certifica que la información anterior es correcta, a mi leal saber y entender, y otorga mi consentimiento para los exámenes necesarios para diagnosticar y tratar mis afecciones cutáneas.

Firma de paciente/guardián: _____ Fecha _____

Este formulario fue completado por: ___ Paciente ___ Cónyuge/Padre ___ Otro

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Uso de tabaco, incluyendo tabaco de mascar: (por favor, elija uno)

Nunca fumado /usuario _____

Ex fumador/usuario _____

Fumador/usuario actual _____

Consumo de alcohol: SI _____ NO _____

¿Ha recibido lo siguiente?

Vacuna contra la gripe: _____ Cuando _____ (Octubre- Marzo)

Vacuna contra la neumonía: _____

Nueva vacuna contra la culebrilla: _____

¿Si su respuesta es afirmativa, recibido la segunda dosis? _____

Vacuna para el COVID-19: _____ Refuerzos: _____

¿Tiene una directiva anticipada de atención medica? _____

Si es así, quién? _____

WHITE ROCK DERMATOLOGY

Christy Riddle, M.D.
10611 Garland Rd, Suite 110
Dallas, Texas 75218

Teléfono: 214-324-2881

Fax: 214-328-4084

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Con cierta frecuencia, se nos solicita que proporcionemos información relacionada con su atención médica a su médico de atención primaria y/o a su compañía de seguros, con el fin de resolver cuestiones relativas a los cargos. Asimismo, es habitual que los cónyuges y/o los hijos soliciten los resultados de estudios de laboratorio y los informes de biopsias. Sin su autorización, no podemos facilitar esta información, ni siquiera la más básica, a ninguna otra persona que no sea usted, el paciente. Este sencillo formulario tiene como finalidad permitirle otorgar dicha autorización o, cuando lo considere oportuno, denegarla expresamente.

Autorizo la divulgación de la información de mi expediente médico a los siguientes:

(Por favor, marque cualquier elemento que desee incluir específicamente)

- ☐ Médico de cabecera
- ☐ Otro médico especialista del que recibo atención
- ☐ Cónyuge Padres
- ☐ Hijos y sus cónyuges

Entiendo que la información divulgada tiene como finalidad brindar una atención continua y de calidad al paciente. Asimismo, entiendo que puedo revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tornado medidas basándose en el mismo.

¿Podemos dejar información médica en su contestador automático si no logramos comunicarnos con usted? **SI**___ **NO**___

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma de paciente o representante legal

Fecha

Relación con el paciente si es distinta de sí mismo

Testigo

POR FAVOR, FIRME PARA QUE TENGAMOS SU AUTORIZACION DEL SEGURO EN NUESTROS ARCHIVOS

Entiendo que si alguna de la información de seguro que he proporcionado es incorrecta o si no notifico a la clínica sobre cualquier cambio en mi seguro, seré responsable de todos los cargos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para la tramitación del seguro. Por la presente, cedo a White Rock Dermatology todos los beneficios médicos a los que tengo derecho. Esta cesión permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión tendrá la misma validez que el original.

Firma: _____

Fecha: _____

WHITE ROCK DERMATOLOGY

Si su plan de seguro requiere una autorización de referencia de un médico de atención primaria, usted es responsable de presentar dicha referencia en su visita inicial. Si solicita una consulta sin contar con la autorización de referencia, su plan de seguro podría considerar el tratamiento como "fuera de la red" o "no cubierto", en cuyo caso usted será responsable de cubrir una parte mayor de los costos de los servicios, o la totalidad de los cargos. Usted reconoce que es su responsabilidad estar informado sobre qué servicios están cubiertos y acepta pagar cualquier servicio que el plan considere no cubierto o no autorizado.

Si ha contactado a su médico de atención primaria y considera que este nos hará llegar el número de referencia, le atenderemos y, posteriormente, tramitaremos la reclamación ante su seguro en su nombre. Si su médico de atención primaria omite enviarnos dicha referencia y su reclamación resulta denegada, usted será responsable del pago total de la visita.

Mediante su firma al pie del presente documento, usted declara comprender la política antes expuesta.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del padre/madre
(si es menor de 18 años)

WHITE ROCK DERMATOLOGY

ELIZABETH T. DOLAN, M.D.

CHRISTY C. RIDDLE, M.D.

10611 Garland Rd, Suite 110

Dallas, TX 75218

Tele: 214-324-2881

Fax: 214-328-4084

POLIZA DE CANCELACION Y CARGOS POR INASISTENCIA

Cada vez que un paciente falta a una cita sin notificarlo debidamente, se impide que otro paciente reciba atención médica. Por lo tanto, White Rock Dermatology se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$25.00 por las citas médicas y de \$50.00 por las citas quirúrgicas o estéticas que, salvo que exista una razón de fuerza mayor, no sean canceladas con al menos 24 horas de antelación.

Se facturarán al paciente los cargos por "inasistencia". Este cargo no está cubierto por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Las inasistencias reiteradas en un periodo de 12 meses pueden dar lugar a la baja de nuestra consulta.

Si llega tarde a su cita, por favor tenga la cortesía de llamarnos para avisarnos. Haremos todo lo posible por reincorporarlo a la agenda del día o reprogramar su cita para otro momento.

Gracias por su comprensión y cooperación mientras nos esforzamos por atender de la mejor manera las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar a continuación, usted reconoce haber recibido este aviso y comprender esta política.

NOMBRE

FECHA

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO

WHITE ROCK DERMATOLOGY

RECONOCIMIENTO POR ESCRITO DE LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos utilizar y divulgar información de salud protegida sobre usted. Se le ha entregado una copia de nuestro aviso de Prácticas de Privacidad. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Al firmar este formulario, reconozco haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y doy mi consentimiento para la divulgación de información de salud protegida sobre mi persona con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, tal como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. White Rock Dermatology proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Firma de paciente (o representante legal)

Fecha

Relación con el paciente
(si la firma la realiza una persona distinta al paciente)