



Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial media: _____

Genero/Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SSN (opcional): _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal #: (____) _____ ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo

Teléfono secundario #: (____) _____ ☐ Móvil ☐ Casa ☐ Trabajo

¿Autoriza a nuestra oficina a dejar un mensaje de voz o enviar un mensaje de texto sobre las citas? ☐ Sí ☐ No

Idioma preferido: _____ Raza: _____

Etnia: _____

☐ Nuevo paciente ☐ Paciente establecido Médico/a

referente: _____

Médico/a de atención primaria: _____ Número #: (____) _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Número #: (____) _____

Situación profesional: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleado/a ☐ Autónomo ☐ Estudiante

Ocupación: _____

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Número #: (____) _____

¿Autoriza a nuestra oficina a contactar a su contacto de emergencia o a dejarle información médica? ☐ Sí ☐ No

Indique la información: ☐ Citas ☐ Facturación ☐ Resultados médicos ☐ Diagnósticos ☐ Historial médico completo

Información del seguro (Si es paciente de pago directo, ignore esta sección)

¿Quién es el asegurado/a? ☐ Yo mismo ☐ Alguien más (ver a continuación) Si eres menor de edad: ☐ Guardián

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial media: _____

Genero/Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Historial Médico

Medicamentos

¿Está tomando medicamentos anticoagulantes? SÍ NO Nombre: _____

¿Está tomando medicamentos que debilitan el sistema inmunitario? SÍ NO Nombre: _____

Historial Médico y Afecciones Actuales

- ☐ Ninguno
- ☐ Acne
- ☐ Queratosis Actínica
- ☐ Alergias
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Fibrilación Auricular (Fib-A)
- ☐ Tipo de Cancer: _____
 - ☐ Cáncer de Piel de Tipo Desconocido
 - ☐ Carcinoma Basocelular (CBC) Área del cuerpo: _____ Fecha: _____
 - ☐ Melanoma Área del cuerpo: _____ Fecha: _____
 - ☐ Carcinoma de Células Escamosas(CCE) Área del cuerpo: _____ Fecha: _____
- ☐ Enfermedad de las arterias coronarias
- ☐ Depresion
- ☐ Diabetes
- ☐ Eccema
- ☐ Sudoración excesiva con actividad ligera o en reposo- ¿Cuantos dias a la semana? _____
- En una escala del 1 al 10 (10 siendo el peor), ¿qué tanto te molesta esto? _____
- ☐ Trastorno de pérdida del cabello
- ☐ Hepatitis
- ☐ Presion arterial alta
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Lupus
- ☐ Enfermedad vascular periférica (PVD)
- ☐ Accidente cerebrovascular (derrame cerebral)
- ☐ Vitiligo
- ☐ Otro: _____

Alergias

- ☐ No se conocen alergias a medicamentos
- ☐ Cinta Adhesiva Reacción: _____
- ☐ Amoxicilina Reacción: _____
- ☐ Aspirina Reacción: _____
- ☐ Bacitracina Reacción: _____
- ☐ Codeína Reacción: _____
- ☐ Yodo Reacción: _____
- ☐ Latex Reacción: _____
- ☐ Lidocaína Reacción: _____
- ☐ Penicilina Reacción: _____
- ☐ Medicamentos con sulfa Reacción: _____
- ☐ Tetraciclina Reacción: _____



☐ Otro: _____ Reacción: _____

Cirugías/Procedimientos Anteriores

- ☐ Ninguno
- ☐ Cesarea (Sección C)
- ☐ Mastectomía
- ☐ Extirpación de carcinoma de células basales
- ☐ Inyección de Botox
- ☐ Operación de senos
- ☐ Cirugía cardíaca
- ☐ Cirugía de reemplazo de articulación
- ☐ Extirpación de melanoma
- ☐ Extirpación de carcinoma de células escamosas

¿Ha sido hospitalizado(a) en los últimos 12 meses? SI NO Motivo: _____

Antecedentes Familiares

- ☐ Ninguno
- ☐ Enfermedad Autoinmune Miembro Familiar: _____ Enfermedad: _____
- ☐ Eccema Miembro Familiar: _____
- ☐ Enfermedad cardíaca Miembro Familiar: _____
- ☐ Psoriasis Miembro Familiar: _____
- ☐ Cáncer de Piel Miembro Familiar: _____ Tipo de Cáncer: _____

Antecedentes Sociales

Estado de Tabaquismo: ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Exfumador(a) ☐ Nunca ha fumado

Frecuencia de consumo de alcohol: ☐ Diario ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente ☐ Nunca ha tomado

Uso de drogas recreativas: ☐ Actualmente ☐ Anteriormente ☐ Nunca ☐ Prefiero no responder



Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Resumen de las Prácticas de Privacidad

Su información médica está protegida por las leyes federales, incluidas HIPAA y HITECH. Nos comprometemos a mantener su privacidad y solo utilizaremos o divulgaremos su información médica para:

- Tratamiento: Coordinar su atención con los proveedores de servicios de salud
- Pago: Facturar a las compañías de seguros o directamente a usted por los servicios prestados.
- Operaciones de atención médica: Garantizar una atención de calidad y operaciones eficientes de la práctica
- Requisitos Legales: Cumplir con las leyes federales o estatales, asuntos de salud pública o solicitudes de las autoridades policiales.
- Otras Divulgaciones: Con su autorización por escrito para fines distintos de los indicados anteriormente.

Usted tiene derecho a: inspeccionar y solicitar una copia de sus expedientes médicos; solicitar modificaciones para corregir información incorrecta o incompleta; restringir ciertos usos o divulgaciones de su información; y recibir comunicaciones confidenciales de la manera que usted elija. Para obtener el Aviso completo de Práctica de Privacidad, solicite una copia en la recepción. **Iniciales:** _____

Resumen de la Política Financiera

- Seguro: Aunque verificaremos sus beneficios del seguro, esto no garantiza el pago. Usted es responsable de cualquier cambio en su plan y de cualquier saldo pendiente.
- Responsabilidad de pago:
 - Los copagos, deducibles y servicios no cubiertos deben pagarse al momento del servicio
 - Si no es posible verificar el seguro, usted recibirá una factura por el saldo total.
 - Los pacientes sin seguro deben pagar el total al momento del servicio.
 - Si su seguro requiere un pago de coseguro, se deben pagar \$100 como mínimo al momento del servicio; el saldo restante se facturará después de que el seguro procese el reclamo.
- Menores: El adulto acompañante es responsable del pago. Uno de los padres o tutor legal debe estar presente durante la primera visita de un menor.
- Cuentas morosas: Los saldos pendientes pueden generar cargos financieros.
- Si se requiere una agencia de cobros, usted acepta pagar todos los costos relacionados, incluidos los honorarios de abogados.

Para obtener la Política Financiera completa, solicite una copia en la recepción. **Iniciales:** _____

Entiendo que las muestras de piel tomadas durante las visitas que requieran pruebas adicionales serán enviadas a UC Davis o DPMG Dermatopathology, y serán facturadas por separado por el laboratorio de dermatopatología correspondiente. Acepto que puedo recibir una factura y entiendo que este cargo no corresponde al Halo Skin Institute, sino al laboratorio de dermatopatología cuando corresponda.

Iniciales: _____



Cesión de Beneficios:

Autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a Halo Skin Institute por los servicios prestados. Entiendo que puedo ser responsable de los cargos que no estén cubiertos por el seguro. Asimismo, autorizo a Halo Skin Institute a divulgar la información médica necesaria a mi compañía de seguros con fines de reembolso y liberó al instituto de cualquier responsabilidad relacionada con dicha divulgación. Para obtener la Cesión de Beneficios completa, solicite una copia en la recepción. **Iniciales:** _____

Autorización para divulgar información:

Autorizo a Halo Skin Institute a divulgar y solicitar mis expedientes médicos de otros proveedores de atención médica, incluido mi médico de atención primaria (PCP) y cualquier consultorio de dermatología o servicio de patología anterior, con el propósito de obtener el pago de mi compañía de seguros o garantizar la continuidad de mi atención. Para obtener una copia de la Autorización para divulgar información médica, solicite una copia en la recepción. **Iniciales:** _____

Información que se divulgará (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Divulgación completa, incluyendo, entre otros: informes de laboratorio, notas de admisión, notas de tratamiento, etc.
☐ Divulgación parcial: solamente lo siguiente: _____

Divulgación conforme a HIPAA

Yo, _____, (el paciente o el tutor del paciente) por la presente autorizo a Halo Skin Institute a divulgar mi información médica por correo postal, teléfono, fax o correo electrónico a la siguiente persona.

Iniciales: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Telefono: _____

- ☐ Citas ☐ Resultados ☐ Diagnóstico/Tratamiento ☐ Facturación

Autorización para tratamiento médico

Yo, el/la abajo firmante, paciente Halo Skin Institute, solicito y autorizo al médico que me atiende, así como a cualquier persona que él/ella pueda designar como sus asociados o asistentes, a administrar el tratamiento que sea médicamente necesario.

Doy voluntariamente mi consentimiento para el uso de servicios de audio en caso de una consulta de telesalud para hablar sobre diagnósticos y dicho tratamiento.

Doy voluntariamente mi consentimiento para recibir atención médica, evaluación y tratamiento que sea necesaria para obtener dicha atención. Esto incluiría servicios, atención, procedimientos diagnósticos y/o tratamientos médicos que el médico considere razonables y necesarios.

Esto incluiría, entre otros, la realización de servicios relacionados con análisis de laboratorio, radiología e inyecciones.

En caso de que se considere médicamente necesario realizar procedimientos invasivos, entiendo que se obtendrá un consentimiento adicional y que dicho consentimiento podrá ser verbal o escrito, según lo determinen las circunstancias.

Reconozco que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía respecto a los resultados del tratamiento o examen. **Iniciales:** _____



Comunicaciones por correo electrónico

Entiendo que puedo optar por no recibir comunicaciones mediante correo electrónico no cifrado notificando por escrito a Endure Urgent Care o a Halo Skin Institute.

Al firmar a continuación, reconozco los riesgos de comunicar mi información de salud mediante correo electrónico no cifrado y doy mi consentimiento para recibir dichas comunicaciones a pesar de esos riesgos.

También entiendo que los mensajes que contengan información clínicamente relevante pueden incorporarse a mi expediente médico, a discreción del proveedor.

Iniciales: _____

Acuerdo de arbitraje del paciente

Acuerdo de arbitraje del paciente

Se entiende que cualquier disputa relacionada con negligencia médica, es decir, si alguno de los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fue innecesario o no autorizado, o si se prestó de manera inadecuada, negligente o incompetente, se resolverá mediante arbitraje, según lo establecido por las leyes de California, y no mediante una demanda judicial ni a través de un proceso ante los tribunales, excepto en los casos en que la ley de California permita la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional de que dicha disputa sea resuelta ante un tribunal por un jurado y, en su lugar, aceptan el uso del arbitraje. AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER ASUNTO RELACIONADO CON NEGLIGENCIA MÉDICA SEA RESUELTO MEDIANTE ARBITRAJE IMPARCIAL Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO ANTE UN JURADO O ANTE UN TRIBUNAL.

Consulte el «Artículo 1: Acuerdo de arbitraje del paciente» de este contrato. Usted debe firmar este contrato para poder ser atendido por un proveedor de Halo Skin Institute.

Iniciales: _____

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo ambos Formularios de Consentimiento, y que he sido informado(a) de mi derecho a solicitar copias completas en la recepción.

Nombre del Paciente (letra de imprenta): _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____