

**Registro de información del paciente.
IMPRIMA toda la información**

N.º DE CUENTA DEL PACIENTE

FECHA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N.º DE TELÉFONO RESIDENCIAL	N.º DE TELÉFONO LABORAL	N.º DE TELÉFONO CELULAR O ALTERNATIVO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			
GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
		¿ALGUNA VEZ FUE PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO?	
OCUPACIÓN		EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO			
NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE	
CONDICIÓN DE ESTUDIANTE A tiempo completo A tiempo parcial No soy estudiante	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO

PERSONA ENCARGADA DEL PAGO QUE NO SEA EL PACIENTE

NOMBRE	PARENTESCO
DIRECCIÓN	
OCUPACIÓN	EMPLEADOR
TELÉFONO	
DIRECCIÓN	N.º DE TELÉFONO LABORAL

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
N.º DE MEDICARE	N.º DE MEDICAID	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
		FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Asignación de beneficios:

Por el presente, asigno y autorizo a mi compañía de seguro, incluido Medicare, otros seguros patrocinados por el gobierno de los cuales puedo recibir cobertura o todos los pagadores comerciales a realizar pagos en mi nombre directamente a Anne Arundel Dermatology. También asigno cualquier beneficio de Medigap que se deba pagar directamente a mi proveedor. Permito el uso de una copia de esta autorización en lugar del original.

Firmado _____

Fecha _____

***Se pueden aplicar cargos por no presentarse o cancelar sin previo aviso. Inicio _____ Fecha _____ ***

¿Cómo se enteró de Anne Arundel Dermatology, P.A.?

Radio Sitio web de seguros Revista Búsqueda de Google Redes sociales Familiar/amigo Referencia de un médico Otro: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

CONTRATO GENERAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS

El presente formulario se aplica a todos los lugares donde desarrolle práctica profesional el consultorio Anne Arundel Dermatology. Este formulario debe ser completado por todos los pacientes nuevos y luego, como mínimo con periodicidad anual o toda vez que se produjeran cambios en el seguro del paciente.

- 1. CONSENTIMIENTO RESPECTO DEL TRATAMIENTO:** Consiento recibir los servicios de atención médica y/o cosmética provistos por las entidades nucleadas bajo el nombre Anne Arundel Dermatology ("AAD", por su sigla institucional oficial en inglés). Entiendo que tales servicios podrían incluir, entre otros no enumerados aquí, el examen y tratamiento de trastornos cutáneos, la realización de criocirugías, biopsias depilatorias, biopsias punzantes u otras pruebas mínimamente invasivas sobre lesiones, así como también el envío de muestras a servicios de patología o laboratorios para su diagnóstico. Autorizo el examen, uso, almacenamiento y descarte de todos los tejidos, fluidos o muestras que se extraigan de mi cuerpo. Reconozco que no se me ha formulado garantía ni promesa contractual alguna en cuanto al resultado o la cura de mi enfermedad. Entiendo que podría ser sometido a una prueba de VIH y tener el derecho de abstenerme de realizarla. Entiendo que se me pedirá mi consentimiento para las pruebas de VIH, entre otras, en caso de haberse producido una exposición involuntaria de un trabajador de la salud.
- 2. PAGO DE LOS SERVICIOS:** Entiendo que AAD podría facturarle a mi plan de salud por la atención que yo reciba. Acepto que los pagos procedentes de mi plan de salud podrían ir directamente a favor de Anne Arundel Dermatology. Si llegara yo a recibir dichos pagos, yo entiendo que seré responsable de pagarle a AAD. Entiendo que debo abonar todo copago o cualquier otra parte de la factura que mi plan de salud me indique que deba pagar. Me consta la probabilidad de que yo tenga que pagar este concepto antes de ser tratado. Entiendo y acepto que si mi plan no paga la atención brindada por un hospital o un médico, yo seré quien deba hacerlo. Entiendo que AAD me hará responsable ante la ocurrencia de cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Siempre que optara por recibir un servicio que mi plan de salud cubre pero que yo no lograra obtener la debida orden de derivación o autorización de mi plan de salud.
 - Siempre que eligiera usar mi plan de salud y aceptara pagar por tales servicios yo mismo. (Utilice el Formulario No facturarle al Seguro).
 - Siempre que mi plan de salud no participe junto con AAD en la prestación de los servicios que yo deseo o necesito y yo esté de acuerdo en pagar por tal atención yo mismo.
 - Siempre que reciba servicios que no están cubiertos en virtud de mi plan de salud, incluidos los servicios cosméticos.

Si mi plan de salud está sujeto a la ley ERISA (la Ley de Seguridad en el Ingreso de los Retirados vigente en los EE. UU.), acepto que AAD actúe en mi nombre y representación para obtener mis beneficios siempre que AAD requiera hacerlo. También estoy de acuerdo en que AAD puede apelar por mí si el plan de salud dijera que no pagará por mi atención. Asimismo, entiendo que yo debo cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por mi plan de beneficios al empleado.

- 3. CONSENTIMIENTO RESPECTO DE FOTOGRAFÍAS:** Entiendo que es probable que se realicen o conserve un registro de fotografías, grabaciones de video, sean imágenes digitales o de cualquier otra índole, para fines de identificación, tratamiento y pago. Autorizo específicamente por escrito cualquier otro uso o difusión de mi imagen o grabación.
- 4. EMISIÓN DE RECETAS ELECTRÓNICAS:** Autorizo SureScripts, como red emisora de recetas médicas electrónicas, a difundir mi historial de resurgido de medicamentos a AAD a los efectos de mi tratamiento continuo.

- 5. MIS PERTENENCIAS PERSONALES:** Entiendo que soy responsable de mis pertenencias y objetos de valor personales.
- 6. DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a los consultorios AAD a difundir mi información clínica a los efectos atinentes al tratamiento, pago o intervenciones clínicas. La información relativa a la atención clínica respecto de encuentros anteriores en cualquier otro consultorio AAD podría ponerse a disposición de los posteriores consultorios intervinientes afiliados a AAD a los efectos de poder coordinar la atención dispensada. La información clínica se podrá difundir a cualquier persona física o jurídica responsable del pago efectuado a nombre del Paciente, con el fin de poder verificar las cuestiones atinentes a la cobertura o a los pagos, o por cualquier otro motivo que guarde relación con el pago de un beneficio. La información clínica también podrá difundirse al apoderado de mi empleador toda vez que los servicios prestados se relacionen con un reclamo fundado en la ley de accidentes de trabajo.

Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la difusión de mi información clínica a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios o aseguradores para proceder con el pago de un reclamo de Medicare o bien a la respectiva agencia estatal competente para poder efectivizar el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información podría incluir, entre otros datos, mi historia clínica y demás informes de exámenes físicos, operaciones o laboratorio, apuntes sobre mi evolución clínica tomados por los médicos o las enfermeras, y los resultados de las consultas.

Tanto las leyes federales como estatales podrían permitirle a este consultorio médico que participe en organizaciones conformadas junto con otros prestadores de atención clínica, aseguradores u otros participantes de la industria de la salud, además de sus respectivos subcontratistas, con el fin de que estas personas o entidades puedan compartir mi información clínica entre ellas a los efectos de poder cumplir objetivos profesionales como ser, entre otros, los siguientes: mejorar la precisión e incrementar la disponibilidad de mi historia clínica; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; acumular y comparar mi información para poder mejorar la calidad de su servicio profesional; además de cualquier otra finalidad permitida por ley. Entiendo que esta institución podría ser miembro de al menos una de esa clase de organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente la información concerniente a trastornos psicológicos o psiquiátricos, afecciones relacionadas con discapacidades intelectuales, información genética, trastornos de dependencia farmacológica o enfermedades infecciosas, entre las cuales se pueden incluir enfermedades de transmisión sanguínea, como son el VIH y el SIDA.

REVELACIONES A FAMILIARES Y AMIGOS: Doy mi permiso para que mi Información Clínica Protegida sea revelada con el fin de poder comunicar resultados, hallazgos y decisiones terapéuticas a mis familiares, entre otras de las personas enumeradas a continuación:

	Nombre	Relación	Número de contacto
1.			
2.			
3.			

El Paciente o su Representante puede revocar o modificar esta autorización específica toda vez que dicha revocación o modificación se efectúe por escrito.

- 7. CONSENTIMIENTO RESPECTO DE LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA Y LA LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR:** Acepto que, toda vez que proporcione mis números de teléfono fijo o celular que figuran más abajo, estoy prestando mi consentimiento expreso para que AAD y sus asociados, cesionarios, sucesores y agentes, puedan comunicarse conmigo a esos números, o a cualquier otro número telefónico que yo adquiriera en lo sucesivo y para que dejen mensajes de voz en vivo o pregrabados o bien para que me envíen mensajes de texto, respecto de la programación ya concertada, o la reprogramación, de mis turnos, así como también mensajes relativos a mis servicios o facturas. Para una mayor eficiencia, tanto los llamados como los mensajes de texto podrán ser enviados por un discador automático. Me consta que, como consecuencia de prestar mi consentimiento, podría recibir futuros llamados o mensajes de texto que transmitan mensajes pregrabados

directa o indirectamente por AAD. Su compañía telefónica podría aplicarle cargos por ello. Suministrar un número de teléfono fijo o celular no constituye condición necesaria para recibir los servicios objeto del presente contrato.

Usted podría recibir mensajes de correo de voz, texto o correo electrónico para recordarle un turno, obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de salud y brindarle información sanitaria general. Presto mi consentimiento para recibir comunicaciones sobre salud en el número de teléfono o dirección de correo electrónico provisto. Este pedido de envío de mensajes de correo electrónico o de texto se aplica a las comunicaciones futuras salvo que solicite por escrito un cambio al respecto.

Teléfono fijo particular: _____ . Teléfono celular: _____ .

Dirección de correo electrónico autorizada: _____ .

(Iniciales) _____ Rechazo recibir comunicaciones vía mensajes de texto

(Iniciales) _____ Rechazo recibir comunicaciones vía mensajes de correo electrónico

Revocación

Por el presente revoco mi pedido de futuras comunicaciones a través de mensajes de correo electrónico o texto.

____ Por el presente revoco mi pedido de recibir recordatorios de turnos futuros, comentarios o informaciones generales sobre salud a través de mensajes de texto.

____ Por el presente revoco mi pedido de recibir recordatorios de turnos futuros, comentarios o informaciones generales sobre salud a través de mensajes de correo electrónico.

NOTA: La presente revocación sólo se aplica a las comunicaciones procedentes de este Consultorio.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente o del Representante del Paciente: _____

Fecha:

Hora:

- 8. AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he recibido y revisado el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de AAD. Entiendo que podría comunicarse con el Encargado de Privacidad en caso de tener alguna duda o queja. En la medida permitida por ley, presto mi consentimiento para el uso y la difusión de mi información a los efectos descritos en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Consultorio.

Acepto los puntos tal como se describen en el Contrato.

Nombre (en letra de imprenta): _____ Firma: _____

Relación con el Paciente (Paciente mismo/Progenitor/Representante personal):

Fecha: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Nombre del paciente: _____

Proveedor que deriva: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

Nombre de la farmacia: _____ **Número de teléfono de la farmacia:** _____

Dirección de la farmacia: _____

HISTORIA CLÍNICA Y FORMULARIO DE ADMISIÓN

Historia clínica anterior: (Marque con un círculo las opciones que correspondan)

Ansiedad	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Hipercolesterolemia (colesterol alto)
Artritis	Enfermedad de las arterias coronarias	Hipertiroidismo (glándula tiroides hiperactiva)
Asma	Depresión	Hipotiroidismo (glándula tiroides hipoactiva)
Fibrilación auricular (latidos cardíacos irregulares)	Diabetes	Radioterapia
Trasplante de médula ósea	Enfermedad renal (riñón) en etapa terminal	Epilepsia Derrame cerebral
Hiperplasia benigna de próstata (agrandamiento de la próstata)	Reflujo gastroesofágico (GERD)	Ninguno
Cáncer: Tipo(s) _____	Pérdida de la audición	OTHER: _____
_____	Hepatitis/enfermedad hepática	_____
_____	Hipertensión (presión arterial alta)	_____
_____	VIH/SIDA	_____

¿Se ha sometido a una cirugía de alguno de los siguientes órganos? (Marque con un círculo las opciones que correspondan)

Apéndice (apendicectomía)	Reemplazo articular: Rodilla (ambas)	Páncreas: Pancreatectomía Próstata (prostatectomía): Cáncer de próstata Próstata (prostatectomía): Biopsia de próstata Próstata: Resección transuretral (RTU)
Vejiga (cistectomía)	Reemplazo articular: Rodilla (izquierda)	Recto: Resección abdominoperineal (RAP)
Mama: Lumpectomía (ambas mamas)	Reemplazo articular: Rodilla (derecha)	Recto: Resección anterior inferior Piel: Biopsia
Mama: Lumpectomía (mama izquierda)	Reemplazo articular: Cadera (ambas)	Piel: Carcinoma de células basales
Mama: Lumpectomía (mama derecha)	Reemplazo articular: Cadera (izquierda)	Piel: Carcinoma de células escamosas
Mama: Mastectomía (ambas mamas)	Reemplazo articular: Cadera (derecha)	Piel: Melanoma
Mama: Mastectomía (mama izquierda)	Riñón: Biopsia de riñón	Bazo (esplenectomía) Testículos (orquiectomía) Útero (histerectomía): Fibromas Útero (histerectomía): Cáncer de útero Útero (histerectomía): Cáncer de cuello uterino
Mama: Mastectomía (mama derecha)	Riñón: Nefrectomía	
Mama: Biopsia de mama	Riñón: Extirpación de cálculos renales	
Colon (colectomía): Resección de cáncer de colon	Riñón: Trasplante de riñón	
Colon (colectomía): Diverticulitis	Hígado: Derivación	
Colon (colectomía): Enfermedad inflamatoria intestinal	Hígado: Trasplante de hígado	
Colon: colectomía	Hígado: Hepatectomía	
Vesícula biliar (colecistectomía): extirpada	Ovarios (ooforectomía): Endometriosis	
Corazón:	Ovarios (ooforectomía): Quiste ovárico	
Baipás coronario	Ovarios (ooforectomía): Cáncer de ovarios	
Corazón: Angioplastia coronaria transluminal percutánea (angioplastia coronaria)	Ovarios: Ligadura de trompas	
Corazón: Reemplazo de válvula mecánica		
Corazón: Reemplazo de válvula biológica		
Corazón: Trasplante de corazón		

OTRO: _____

Antecedentes de enfermedades de la piel: (marque con un círculo las opciones que correspondan)

Acné	Piel seca	Erupción por hiedra
Queratosis actínica (lesiones precancerosas)	Eczema	venenosa Lunares
Asma	Descamación o picazón en el cuero cabelludo	precancerosos Psoriasis
Cáncer de piel de células basales	Fiebre del heno/alergias	Cáncer de células escamosas
Quemaduras de sol con ampollas	Melanoma	Otro: _____

¿Usa protector solar? Sí No ¿qué factor de protección usa? _____

¿Se broncea en un salón de bronceado? Sí No

¿Tiene antecedentes familiares de **melanoma**? En caso afirmativo, ¿qué pariente(s)? _____

Antecedentes de hábitos sociales:

<u>Condición de fumador: (Marque con un círculo una opción)</u> Actualmente, fumo todos los días	Nunca fumé	<u>Condición de consumidor de bebidas alcohólicas: (Marque con un círculo una opción)</u>
Actualmente, fumo algunos días:	Fumador: Condición actual desconocida	Nunca tomé bebidas alcohólicas
Productos derivados del tabaco	No se sabe si alguna vez fumó	Menos de una copa de bebida alcohólica por día
Actualmente, fumo algunos días:	Fumador habitual de productos derivados del tabaco	De 1 a 2 copas de bebida alcohólica por día
Cigarrillos Exfumador	Fumador ocasional de productos derivados del tabaco	Más de 3 copas de bebida alcohólica por día

Ocupación: _____

Pasatiempos: _____

Antecedentes familiares: (marque con un cheque todas las opciones que correspondan)

Acné	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Artritis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Asma	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Eczema	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Fiebre del heno/alergias	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Lupus	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Psoriasis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Cáncer de piel no melanoma	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno

Revisión de sistemas: ¿Tiene o está experimentando alguno de los siguientes síntomas? (Marque con un círculo «Sí» o «No»)

Mole cambiante	Sí	No	Inmunosupresión	Sí	No	Alergia al adhesivo	Sí	No
Erupción	Sí	No	Fiebre del heno / alergias estacionales	Sí	No	Alergia a LATEX	Sí	No
Comezón	Sí	No	Alergias a los alimentos	Sí	No	Alergia a la clorhexidina	Sí	No
Perdida de cabello	Sí	No	Dolor de garganta	Sí	No	Alergia a la lidocaína	Sí	No
Lesiones acneiformes	Sí	No	herpes labial	Sí	No	Aumento de la frecuencia cardíaca	Sí	No
Problemas con la curación.	Sí	No	Cambios visuales	Sí	No	con epinefrina	Sí	No
Problemas con cicatrices (hipertróficas o queloides)	Sí	No	Irritación de ojo	Sí	No	Aturdimiento o desmayo con los procedimientos	Sí	No
Fiebre o escalofríos	Sí	No	Dolores de cabeza	Sí	No	Alergia a la pomada antibiótica tópica	Sí	No
Sudores nocturnos	Sí	No	Convulsiones	Sí	No	GI molesto con antibióticos	Sí	No
Fatiga	Sí	No	Depresión	Sí	No	Valvula cardíaca artificial	Sí	No
Pérdida de peso involuntaria	Sí	No	Ansiedad	Sí	No	Articulación artificial en los últimos dos años.	Sí	No
Dolores en las articulaciones	Sí	No	Cambio de humor	Sí	No	Premedicación previa a los procedimientos.	Sí	No
Dolores musculares	Sí	No	Sensibilidad en los senos	Sí	No	Anticoagulantes	Sí	No
Debilidad muscular	Sí	No	Irregularidades menstruales	Sí	No	Desfibrilador	Sí	No
Problemas de sangrado	Sí	No	Problemas tiroideos	Sí	No	Marcapasos	Sí	No
Antecedentes de trastorno de coagulación / aumento de la coagulación.	Sí	No	Dolor abdominal	Sí	No	Historia de MRSA	Sí	No
Nariz sangra	Sí	No	Náusea	Sí	No	Hepatitis	Sí	No
Tos	Sí	No	Vómitos	Sí	No	VIH / SIDA	Sí	No
Sibilancias	Sí	No	Diarrea	Sí	No	Embarazo o planeando un embarazo	Sí	No
Historia de la tuberculosis latente	Sí	No	Heces con sangre	Sí	No	Actualmente amamantando	Sí	No

Vacunas: ¿Se ha aplicado las siguientes vacunas?

Vacuna: _____ **Fecha de la vacuna (si no está seguro, indique fecha aproximada):** _____

Influenza (Gripe) _____

Neumonía _____

Varicela (Herpes Zoster) _____

Para padres y tutores de hijos menores:

Tanto los proveedores como los empleados de Anne Arundel Dermatology, P.C. ("AAD") ponen gran énfasis en la salud y bienestar de todos y cada uno de los pacientes que acuden a nuestros consultorios. Le reconocemos y valoramos la confianza que usted ha depositado en nosotros para prestarle servicios de dermatología a su hijo menor y esperamos colaborar con usted para asegurarnos de que su hijo reciba la mejor atención clínica posible.

Por lo general, requerimos el consentimiento de un **padre o tutor legal** para prestar los servicios de atención clínica a un niño menor (una persona que no haya cumplido 18 años de edad). Con tantos padres que trabajan fuera de su hogar o que tienen otros tantos compromisos, nos consta que quizás no puedan acompañar a sus hijos en cada visita al consultorio. Si su hijo menor se presentara en el consultorio sin compañía de un mayor, no podremos ver ni atender al menor que venga solo. Si el menor se presente en compañía de un adulto que no fuere cualquiera de sus padres ni su tutor legal, tal adulto acompañante deberá contar con la documentación en virtud de la cual cualquiera de los padres o el tutor legal del menor hubieren prestado su consentimiento respecto del tratamiento por recibir. Si no contara con el consentimiento respecto del tratamiento, su turno será reprogramado.

En un esfuerzo por proveer la atención necesaria y evitar así tener que reprogramar el turno de su hijo, hemos confeccionado un formulario de **Consentimiento para tratar a un menor** que, una vez completado por alguno de los padres o el tutor legal del menor, se adjuntará a la historia clínica de su hijo para ser utilizado siempre que fuere necesario. Este formulario nos permitirá proveerle un tratamiento médico de rutina o emergencia a su hijo menor siempre que lo considere necesario el personal médico calificado. A los adultos que no fueren los padres o tutores legales del menor y lo acompañen a un turno y cuenten con la autorización otorgada mediante el formulario Consentimiento para tratar a un menor que conste en el respectivo legajo, se les pedirá que presenten un documento de identidad con fotografía al momento de registrar el ingreso del paciente al consultorio para su turno. Este formulario de consentimiento seguirá vigente hasta tanto fuese revocado por escrito. Usted podrá solicitarle este formulario a cualquier integrante de nuestro personal de consultorio.

Por ley, los menores tienen el derecho de prestar su consentimiento respecto de la atención clínica en virtud de circunstancias específicas. A los efectos de la atención dermatológica, un menor puede consentir su atención clínica en caso de estar casado o si puede sustentarse económicamente por sus propios medios sin importar la magnitud de sus ingresos. El menor que también fuere padre podrá prestar su consentimiento respecto del tratamiento dispensado a su hijo menor, aun cuando tal padre tampoco haya cumplido los 18 años de edad.

Es filosofía institucional de este consultorio médico alentar a los pacientes menores para que incluyan a un progenitor, tutor u otro adulto de confianza en todos los aspectos atinentes a su atención clínica, incluso en aquellas áreas que se especifican más arriba. Por motivos legales y de otra índole, la intervención de un padre o tutor no siempre es posible. Quédese tranquilo que nosotros proseguiríamos con la prestación de servicios de atención clínica que redunden en beneficio del interés superior de su hijo menor.

Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a cualquier aspecto de esta información, sírvase comunicarse con el médico tratante de su hijo.

Consentimiento para tratar a un menor

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, padre/madre o tutor legal del paciente menor de edad antes mencionado, autorizo por el presente a los médicos, auxiliares médicos y enfermeras, en cualquiera de los consultorios de práctica médica profesional de Anne Arundel Dermatology, P.C. ("AAD"), a proveer servicios de atención clínica tal como se describe en el Contrato General de Servicios Ambulatorios, incluida la evaluación, planificación, diagnóstico y tratamiento aprobados por un médico supervisor que tuviera licencia y matrícula profesional para ejercer la medicina en el estado, toda vez que se le esté prestando servicio de atención clínica al menor de edad.

Ante una emergencia, se entiende que la autorización se concede a los médicos, auxiliares médicos y enfermeras de AAD a brindar los cuidados y tratamientos de emergencia o la derivación hospitalaria que se considerasen necesarios conforme al ejercicio de su mejor criterio profesional.

Consentimiento para tratar a un menor acompañado de un adulto que no fuera su progenitor o tutor legal

Yo, el padre o tutor legal del paciente antes mencionado, autorizo por el presente a los médicos de AAD a realizar el tratamiento médico de conformidad con las declaraciones vertidas más arriba siempre que mi hijo menor estuviere acompañado de cualquiera de las siguientes personas adultas mayores de 18 años de edad:

Nombre del adulto: _____ Relación con el menor: _____
(Nombre en letra de imprenta) (Abuelo/a, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Nombre del adulto: _____ Relación con el menor: _____
(Nombre en letra de imprenta) (Abuelo/a, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Esta autorización es válida:

- Para cualquier tratamiento médico.
- Únicamente en el día de la fecha.
- Para este problema específico o durante este plazo específico. Sírvase especificar:

Este consentimiento será válido hasta tanto yo lo revoque por escrito a partir de la fecha de su firma salvo especificación en contrario por escrito.

Padre o tutor legal: (Nombre en letra de imprenta) _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del padre o tutor legal: _____

Testigo (Nombre en letra de imprenta) _____ Firma: _____

Medicamentos

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas, minerales y suplementos. **Si actualmente no toma medicamentos, escriba NINGUNO o N/C.**

Si usted ha sido atendido en los últimos 6 meses **Y** nos entregó su lista de medicamentos en ese momento **Y** su lista de medicamentos no ha cambiado, marque la casilla y no complete la lista de medicamentos.

Nombre del medicamento recetado	Dosis	Vía	Frecuencia
Ejemplo: Lipitor (20 mg)	1 tablet	Oral	Una vez por día

Medicamento de venta libre	Dosis	Vía	Frecuencia
Ejemplo: Aceite de pescado (1000 mg)	1 tablet	Oral	Una vez por día

**CUESTIONARIO DEL SISTEMA DE PAGO DE
INCENTIVOS BASADO EN EL MÉRITO
(MERIT-BASED INCENTIVE PAYMENT
SYSTEM, MIPS)**

Fecha de hoy: _____

Cuestionario para el paciente

1. ¿Fuma productos derivados del tabaco? **Fumador habitual/exfumador/nunca fumé**
(Marque con un círculo una respuesta)

2. ¿Se ha aplicado una vacuna contra la influenza durante la temporada de
gripe (de agosto de 2019 a marzo de 2020 o de agosto de 2020 a marzo de 2021)?

Sí / No

En caso negativo, seleccione el motivo: Me rehusé / Soy alérgico

Para pacientes mayores de 65 años

3. ¿Alguna vez se ha aplicado una vacuna contra la neumonía
(Pneumovax 23 o Prevnar 13)?

Sí / No (Marque con un círculo una respuesta)

4. ¿Tiene un poder de atención médica en caso de que no
pueda tomar sus propias decisiones médicas?

Sí / No (Marque con un círculo una respuesta)

5. ¿Tienes un testamento en vida? **Sí / No** (Marque con un círculo una respuesta)

6. Qué afirmaciones reflejan mejor sus deseos en atención avanzada
recomendaciones? (Por favor marque todos los que apliquen)

- No intubar:** No deseo tener un tubo de respiración, incluso si es necesario para salvarme la vida.
- No resucite:** Si mi corazón se parara, no deseo tener compresiones torácicas o un desfibrilador externo automático para reiniciar mi corazón, incluso si es necesario para salvarme la vida.
- Reanimación cardiopulmonar completa:** Quiero que se realicen esfuerzos completos de reanimación cardiopulmonar.

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento _____

Médico de atención primaria: _____

Acceso al portal del paciente

Proporcionémos su dirección de correo electrónico para poder acceder a estas increíbles funciones:

- Comunicación con su proveedor a través de correos electrónicos
- Visualización de las notas de la cita
- Actualización de su lista de medicamentos
- Actualización de su historia clínica
- Visualización de materiales de educación para el paciente
- Adición de su farmacia favorita para recetas electrónicas

* Dentro de las 24 horas, recibirá un correo electrónico que dice «Se presentó una solicitud para activar su portal del paciente.

* Para configurar su portal del paciente, ingrese a los enlaces que figuran en el correo electrónico. El enlace expirará 24 horas después de que reciba el correo electrónico. Si el enlace expira antes de que active su cuenta, comuníquese con nuestro consultorio al 865-690-9467.

*** Este correo electrónico será enviado por Modernizing Medicine, nuestro software médico electrónico.**

Consentimiento para el portal del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento : ____ / ____ / ____ Dirección de correo electrónico: _____

No me envíen anuncios ni ofertas ocasionales.

Marque si desea rechazar el acceso al portal del paciente.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____