

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento/Acuerdo General de los Servicios Ambulatorios

Este formulario se aplica a todos los consultorios de Anne Arundel Dermatology. Este formulario debe ser completado por todos los pacientes nuevos, al menos una vez al año para los pacientes establecidos y cada vez que haya cambios en el nombre, la dirección, el teléfono u otra información de seguro del paciente. En cada cita, pregúnteles a los pacientes si hay algún cambio en su información.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para recibir servicios médicos y/o cosméticos proporcionados por los centros de Anne Arundel Dermatology (AADerm). Entiendo que dichos servicios pueden incluir, entre otros, el examen y tratamiento de trastornos de la piel, la criocirugía, biopsias por raspado, biopsias con sacabocados u otras pruebas mínimamente invasivas en las lesiones y el envío de muestras a un laboratorio de patología o de otro tipo para su diagnóstico. Autorizo el examen, el uso, el almacenamiento y la eliminación de todos los tejidos, fluidos o muestras extraídas de mi cuerpo. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía de resultado o curación. Entiendo que podría ser sometido a la prueba del VIH, y tengo el derecho de optar por no hacerlo. Comprendo que se solicitará mi consentimiento para la realización de la prueba del VIH y otras pruebas en caso de exposición involuntaria de un trabajador sanitario.

ACUERDO FINANCIERO: Estoy de acuerdo en que en cada cita voy a entregar un comprobante actual y válido de cobertura de seguro, así como una copia de mi licencia de conducir u otra identificación con foto emitida por el estado para confirmación de mi identidad y cobertura. Informaré cualquier cambio en el seguro u otra información personal con prontitud.

Estoy de acuerdo en que, si soy un padre/representante/garante que consiente el cuidado y tratamiento de un menor de edad, soy responsable de sus gastos y recibiré los estados de cuenta. Entendemos que los padres son los representantes legales de sus hijos menores de edad, a menos que demuestren lo contrario presentando los documentos legales en la oficina. Por favor consulte con el gerente de la oficina sobre cualquier duda en relación con el seguro o custodia.

Entiendo que, si no me presento a una cita programada y no notifico al consultorio, pagaré una cuota de INASISTENCIA de \$50.00. Si cancelo mi cita con antelación, o en el día programado, mi cita será reprogramada sin ningún cargo. Si cancelo repetidamente, la tarifa por cancelación puede ser cobrada.

Entiendo que conocer la cobertura de mi seguro es mi responsabilidad y me pondré en contacto con la compañía de seguro para las preguntas sobre la cobertura. Si mi compañía de seguro me solicita información, me comprometo a cumplir rápidamente con dichas solicitudes. AADerm está autorizado a facturar a mi plan de salud por la atención que recibo y sé que los pagos de mi plan de salud irán directamente a Anne Arundel Dermatology. Si soy yo quien recibe los pagos, entiendo que seré responsable de pagar a AADerm. Entiendo que debo pagar cualquier copago u otra parte de la factura que mi plan de salud diga que debo pagar. Sé que es posible que tenga que pagarlo antes de recibir el tratamiento. En caso de dificultad financiera, estoy de acuerdo en contactar al departamento de facturación para hacer los arreglos de pago respectivos. Entiendo que el pago final se debe hacer al recibir mi estado de cuenta de facturación. Sé que puedo pagar los cargos pendientes en efectivo o con cheque, tarjeta de crédito o Care Credit y que hay un cargo por servicio de \$25.00 por cheques devueltos. También soy consciente de que las cuentas atrasadas pueden ser referidas a una agencia de cobranza y que, si esto ocurre, puede haber cargos adicionales y puedo ser reportado a las agencias de informes de crédito. También existe el riesgo de que las citas sean terminadas cuando la falta de pago se vuelve un problema persistente.

AADerm no renunciará rutinariamente a los copagos o deducibles.

Entiendo que AADerm me hará responsable financieramente en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Cuando elijo tener un servicio que mi plan de salud cubre, pero no obtengo la referencia o autorización requerida de mi plan de salud.
- b. Cuando decido no utilizar mi plan de salud y acepto pagar los servicios yo mismo. (Utilice el formulario para no facturar a la compañía de seguros).

- c. Cuando mi plan de salud no participa con AADerm o sus proveedores para los servicios que quiero o necesito y estoy de acuerdo en pagar por mi cuidado yo mismo. Sé que a los servicios fuera de la red se les aplican las tarifas permitidas por Medicare.
- d. Cuando recibo servicios que no están cubiertos por mi plan de salud, incluidos los servicios cosméticos.

Si mi plan de salud está sujeto a la ley ERISA (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados), acepto que AADerm actúe en mi nombre para obtener mis beneficios cuando AADerm lo solicite. También acepto que AADerm pueda apelar en mi nombre si el plan de salud dice que no pagará mi atención. Entiendo que debo cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por mi plan de beneficios para empleados.

CARGOS DE PATOLOGÍA/LABORATORIO: Los cargos de patología y laboratorio se facturan por separado. Si su proveedor eligió enviar su tejido al laboratorio de patología de AADerm o a un laboratorio de patología diferente, usted recibirá una factura separada del proveedor de patología por los cargos resultantes de esos servicios. Los servicios de dermatopatología tienen dos componentes: el componente técnico, o CT, que incluye la preparación de los portaobjetos, y el componente profesional, o CP, que incluye la revisión de los portaobjetos preparados bajo el microscopio y la interpretación profesional de los resultados. Su factura detallada indicará los componentes del servicio y el proveedor específico de cada servicio.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS: Entiendo que se pueden hacer/grabar fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales y/u otras imágenes para fines de identificación, tratamiento y pago. Autorizaré específicamente por escrito cualquier otro uso o divulgación de mi imagen o grabación.

RECETA ELECTRÓNICA: Autorizo a SureScripts, una red de receta electrónica, a divulgar mi historial de reposición de medicamentos a AADerm con el fin de continuar el tratamiento.

MIS ARTÍCULOS PERSONALES: Entiendo que soy responsable de mis artículos personales y objetos de valor.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a los sitios de práctica de AADerm a liberar información de salud para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de salud. La información de atención médica anterior de otros lugares de práctica de AADerm o en relación con ellos, puede ponerse a disposición de los sitios posteriores afiliados a AADerm para coordinar la atención. La información de atención médica se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del Paciente para verificar la cobertura y preguntas sobre o el pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios brindados están relacionados con un reclamo de compensación para trabajadores.

Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información sobre la atención médica a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios u operadoras para el pago de una reclamación de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de una reclamación de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, la historia médica, los exámenes físicos, los informes de laboratorio, los informes operativos, las notas de progreso del médico, las notas de la enfermera y las consultas.

Las leyes federales y estatales pueden permitir que este consultorio médico participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y/u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información de salud entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros, los siguientes: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros de salud; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad; y otros fines que puedan ser permitidos por la ley. Entiendo que este centro puede ser miembro de una o más de estas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente la información relativa a las condiciones psicológicas, psiquiátricas, de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y/o enfermedades infecciosas incluyendo, entre otros, enfermedades de transmisión sanguínea, como el VIH y el SIDA.

DIVULGACIONES A LA FAMILIA Y AMIGOS: Doy permiso para que mi Información de Salud Protegida sea divulgada con el propósito de comunicar los resultados, hallazgos y decisiones de cuidado a los miembros de la familia y otras personas mencionadas a continuación:

	Nombre	Relación	Número de contacto
1.			
2.			
3.			

El paciente/representante puede revocar o modificar esta autorización específica y dicha revocación o modificación debe ser por escrito.

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN y LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR POR TELÉFONO:

Estoy de acuerdo en que cuando proporciono mi(s) número(s) de teléfono fijo o móvil a continuación, estoy dando mi consentimiento expreso para que AADerm y sus asociados, cesionarios, sucesores y agentes, se pongan en contacto conmigo en estos números, o en cualquier número que se adquiera posteriormente por mí y para dejar mensajes en vivo o pregrabados en el buzón de voz o para enviar mensajes de texto, con respecto a la programación o citas programadas, mis servicios o mi factura. Para una mayor eficiencia, las llamadas o los mensajes de texto pueden ser entregados por un marcador automático. Me doy cuenta de que como consecuencia de proporcionar este consentimiento puedo recibir futuras llamadas o mensajes de texto que entregan mensajes pregrabados por o en nombre de AADerm. Es posible que se apliquen cargos por parte de su operador. Proporcionar un número de teléfono o celular no es una condición para recibir los servicios.

Es posible que nos pongamos en contacto con usted a través de un buzón de voz, un mensaje de texto o un correo electrónico para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de salud, para ofrecerle boletines informativos y promociones de marketing, y para proporcionarle información sanitaria general. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de salud en el número de teléfono o la dirección de correo electrónico proporcionados. Esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplica a futuras comunicaciones, a menos que solicite un cambio por escrito.

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico autorizada: _____

O

(Iniciales) _____ No acepto recibir comunicaciones vía texto.
 (Iniciales) _____ No acepto recibir comunicaciones por correo electrónico.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido/revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de AADerm. Entiendo que si tengo una pregunta o una queja puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad del consultorio.

Estoy de acuerdo con los puntos descritos en el Acuerdo.

Nombre (letra legible): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (Propio paciente/ Padre/ Representante): _____

<p>Revocación Por el presente, revoco mi solicitud para futuras comunicaciones por correo electrónico y/o mensaje de texto. <input type="checkbox"/> Por el presente revoco mi solicitud para recibir por mensaje de texto cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios, marketing y salud general. <input type="checkbox"/> Por el presente revoco mi solicitud para recibir por correo electrónico cualquier recordatorio de citas futuras, comentarios, marketing y salud general. NOTA: Esta revocación solamente se aplica para las comunicaciones desde este Consultorio. Nombre del paciente: _____ Firma del Paciente/Representante del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____</p>

Registro de Información del Paciente
Por favor complete la Información con LETRA LEGIBLE

N° DE CUENTA DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDOS, NOMBRES)				
DIRECCIÓN FÍSICA		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO DE TRABAJO	TELÉFONO CELULAR O ALTERNATIVO		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Legalmente separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Desconocido/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	¿ALGUNA VEZ HA SIDO PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO?
OCUPACIÓN		EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DE TRABAJO				
NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDOS, NOMBRES)			FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE	
SITUACIÓN DE ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No es un estudiante		MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO

PERSONA RESPONSABLE POR LOS PAGOS SI NO ES EL PACIENTE

NOMBRE		RELACIÓN
DIRECCIÓN		
OCUPACIÓN	EMPLEADOR	TELÉFONO
DIRECCIÓN		TELÉFONO DE TRABAJO

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL		
COMPañÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
# DE GRUPO	# DE CERTIFICADO/ PÓLIZA/ IDENTIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE PÓLIZA
# DE MEDICARE	# DE MEDICAID	

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO		
COMPañÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE PÓLIZA
# DE GRUPO	# DE CERTIFICADO/ PÓLIZA/ IDENTIDAD:	

Asignación de beneficios:

Por la presente asigno y autorizo a mi compañía de seguros, incluyendo Medicare, otros seguros patrocinados por el gobierno de los cuales puedo estar cubierto y/o todos los pagadores comerciales para hacer los pagos en mi nombre directamente a Anne Arundel Dermatology. También asigno cualquier beneficio de Medigap para ser pagado directamente a mi proveedor. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

Firmado _____ Fecha _____

*** Se puede cobrar un cargo por faltar a una cita y/o cancelarla sin el aviso requerido. Inicial _____ Fecha _____ ***

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

Radio Sitio web del Seguro Revista Búsqueda en Google Redes Sociales Familia/Amigos Referencia médica Otro _____

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____

Nombre del paciente: _____

Proveedor de derivación: _____

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: _____

Nombre de la farmacia/Ciudad: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Peso y altura del paciente: Altura _____ Peso _____

HISTORIA MÉDICA (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SE APLICAN)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo ácido) | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (latidos cardíacos irregulares) | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo(s): _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa |
| _____ | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohns | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (EPOC, enfisema, otro) | |
| | <input type="checkbox"/> Lupus | |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Por favor haga una lista de todas las cirugías pasadas con sus fechas aproximadas (*incluyendo reemplazo articular, trasplante de órganos, etc.*)

Por favor haga una lista de sus medicamentos actuales, incluyendo la dosis y frecuencia de cada uno (*si trajo una lista, en la recepción puede hacer una copia de la misma*)

***** Por favor, también complete el otro lado de esta hoja *****

Antecedentes de Enfermedad de la Piel: (Circule todas las opciones que se aplican)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Descamación o picazón en el cuero cabelludo | <input type="checkbox"/> Lunares atípicos (displásicos) |
| <input type="checkbox"/> Ampollas, Quemaduras solares | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de células basales |
| <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Queratosis actínica (<i>lesiones precancerosas</i>) | <input type="checkbox"/> Cáncer de células escamosas |
| <input type="checkbox"/> Excesiva exposición solar | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Usa protector solar? Sí No En caso afirmativo, ¿Qué SPF usa? _____

¿Utiliza actualmente una cama de bronceado? Sí No

¿Alguna vez ha usado una cama de bronceado? Sí No

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

Antecedentes Sociales:

Estado de tabaquismo: (Circule uno)

- Fumador actual
- Ex fumador
- Nunca ha fumado

Estado de alcoholismo: (Circule uno)

- Ninguno
- Ocasional/social
- De 1 a 2 bebidas por día
- 3 o más bebidas por día

Ocupación (importante por exposiciones/alérgenos) _____

Inmunizaciones: ¿Ha recibido las siguientes inmunizaciones?

Vacuna:	Fecha de vacunación (puede ser aproximada si está inseguro)
Influenza (Gripe)	_____ HPV _____
Neumonía	_____ COVID-19 _____
Varicela (Herpes Zoster)	_____ Hepatitis B _____

Revisión de Sistemas: ¿Tiene o está experimentando actualmente alguno de los siguientes? (Circule su respuesta)

Cambio de lunar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de cabello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Náuseas/Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acné	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas con la curación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas con la cicatrización (hipertrófica o queloide)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Malestar gastrointestinal con antibióticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia al adhesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia a la lidocaína	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pérdida de peso involuntaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alergia a antibióticos tópicos (Neosporin)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Articulación artificial en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MRSA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores articulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Premedicación previa a los procedimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latidos cardíacos rápidos con epinefrina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas con la vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Embarazo o planificación de un embarazo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lactancia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Antecedentes Familiares: (Marque todas las opciones que se aplican)

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
Lunares atípicos (displásicos)	<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
Eccema	<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
Cánceres 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

Fecha de hoy: _____

Cuestionario MIPS:

Cuestionario del Paciente	
1. ¿Es un fumador de tabaco? (Circule la respuesta)	Actualmente / Antiguamente / Nunca
2. ¿Ha sido vacunado con la vacuna para influenza durante la temporada de gripe? (De agosto 2020 a marzo 2021 o de agosto 2021 a marzo 2022) Si la respuesta es NO , seleccione el motivo: Se negó / Alergia	Sí / No
Para Pacientes a partir de 65 años	
3. ¿Alguna vez ha sido vacunado con la vacuna para la neumonía? (Pneumovax23) Sí / No (Circule la respuesta)	
4. ¿Tiene un responsable legal para su atención médica en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones médicas? Sí / No (Circule la respuesta)	
5. ¿Tiene un testamento en vida? Sí / No (Circule la respuesta)	

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Médico de atención primaria: _____

**Consentimiento para tratar a un menor desacompañado
(Para pacientes establecidos de 16 años o más)**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Como regla general, para proporcionar servicios de atención médica a un niño menor de edad (alguien menor de 18 años) requerimos el consentimiento de uno de los padres o del responsable legal. La autorización le permite aprobar: a) que tratemos a su hijo adolescente cuando venga a la consulta sin estar acompañado por un adulto responsable; y, b) que podamos ayudarle en caso de emergencia de salud. Si su hijo menor de edad se presenta en la consulta desacompañado, comprobaremos que usted ha firmado la autorización para tratar a su hijo adolescente en su ausencia, y en caso de que comprobemos que no tenemos su aprobación por escrito, la cita será cambiada. El proveedor tiene el derecho a cancelar o reprogramar la cita hasta que el padre o responsable legal esté con el menor, si es en el mejor interés del paciente menor de edad o si lo requiere la ley.

- Por la presente doy permiso para que mi hijo adolescente sea atendido el consultorio de Anne Arundel Dermatology cuando llegue desacompañado.

Esta autorización es válida

- Para cualquier tratamiento médico.
 Solamente para el día de hoy.
 Para este(os) problema(s) específico(s) o un rango de fechas específico. Por favor, especifique:

He leído y entiendo completamente este consentimiento para tratar a mi hijo adolescente en mi ausencia. Este consentimiento permanecerá válido y en vigor (para hacer lo que autoriza) hasta que sea revocado por escrito por mí a partir de la fecha firmada, a menos que se especifique lo contrario por escrito.

Padre o responsable legal: (Nombre legible) _____ Fecha: ____/____/____

Firma del padre o responsable legal: (Nombre legible) _____

Testigo: (Nombre legible) _____ Firma: _____

AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR LA ATENCIÓN MÉDICA DE UN MENOR

Yo _____, de (ciudad o condado) _____, estado de _____ soy el padre que tiene la custodia legal de _____, menor de edad, _____ de edad, nacido el _____. Autorizo a cualquier médico, asistente médico o proveedor de atención médica empleado o afiliado o que trabaje para Anne Arundel Dermatology, P.A. and Affiliates a realizar cualquier acto que pueda ser necesario para proveer el cuidado de la salud del menor, incluyendo, pero no limitado al poder (I) de proveer dicha atención médica en cualquier hospital u otra institución, o la contratación de cualquier médico, enfermera u otra persona cuyos servicios puedan ser necesarios para tal atención, y (II) consentir y autorizar cualquier asistencia sanitaria, incluida la realización de cirugías y otros procedimientos por parte de los médicos y otro personal médico, excepto la retención o retirada de procedimientos para mantener la vida. Este consentimiento será efectivo desde la fecha en que se ejecute hasta la fecha en que lo rescinda por escrito. Al firmar aquí, indico que (I) tengo la comprensión y la capacidad de reconocer la importancia de comunicar y asignar las decisiones en materia de atención médica contempladas en este documento. Estoy plenamente informado del contenido del documento, y (II) comprendo todo el alcance y la importancia de este otorgamiento de poderes al agente aquí nombrado.

Autorizo a las siguientes partes enumeradas a continuación a dar su consentimiento para el tratamiento, así como a las anteriores:

(Firma de los padres custodios)

(Fecha)

****SOLO PARA USO NOTARIAL****

Estado de _____

Condado de _____

En este día _____, _____ compareció personalmente ante mí, _____, persona por mí conocida, que sé que es la persona descrita y que ejecutó el instrumento anterior, quien reconoce que ejecutó el mismo y habiendo sido debidamente juramentada por mí, ratifica que las declaraciones en el instrumento anterior son verdaderas.

_____, Notario Público

(Sello oficial)

Mi comisión expira: _____

NINGÚN MENOR DE 18 AÑOS PODRÁ SER ATENDIDO SIN UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FIRMADO POR EL PADRE CUSTODIO Y RECONOCIDO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO DE ACUERDO CON EL PROYECTO DE LEY 955 DEL SENADO DE C.N. SECCIÓN I, CAPÍTULO 32A DE LOS ESTATUTOS GENERALES. EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO COMPLETADO DEBERÁ SER COLOCADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.