

# OMNI DERMATOLOGY, INC. - SPANISH

<u>Nombre del Paciente</u>		
Apellido: _____ Primer Nombre: _____		
<u>Nombre de Padre(s)/Guardian:</u> Si tiene mas de 18 anos marca esta caja de verificación <input type="checkbox"/>		
Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____		
Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Relación: _____		
<u>Número de Seguro Social:</u>	<u>Fecha de Nacimiento:</u>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<u>Dirección:</u>		
Calle: _____		Apt/Unit#: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal : _____
<u>Números de Teléfono:</u>		
Domicilio: _____		Celular: _____
Correo Electrónico: _____		
Confirma Citas Por: Texto: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____		
<u>Demografía:</u>		<u>Estado Civil:</u> Divorciado <input type="checkbox"/>
Idioma: _____		Raza: _____ Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>
<u>Información Garante:</u> (Padre(s)/Guardian al que estados de cuenta se envían)		
<b>**Si es la misma información marca esta caja de verificación <input type="checkbox"/>**</b>		
Nombre: _____		Fecha de Nacimiento: _____
Calle: _____		Apt #: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Teléfono: _____		Relación: _____
<b>Contacto de Emergencia: **Marque esta casilla si usted nos autoriza a divulgar información a este contacto <input type="checkbox"/>**</b>		
Nombre: _____		Relación: _____
Teléfono: _____		Celular: _____

**La facturación y la información del seguro \*\*\* Llenar solamente si usted NO es el titular del seguro principal\*\***

	Primario	Adicional
Nombre del Titular de la Política		
Numero / ID de Poliza		
Numero de Grupo		
Fecha de Nacimiento del Tomador		

Personas a las que se permita la colocación de su información médica / registros (LISTA DE NOMBRES COMPLETOS):

---

# OMNI DERMATOLOGY, INC.

## Historia Clínica del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Doctores/Especialistas: (Por favor enumerar los médicos, nombre y apellido, que necesitan ser informado sobre sus citas)

Razón de la visita:

Nombre de la farmacia y el cruce de caminos: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has recibido una vacuna contra la culebrilla? Sí \_\_\_ No \_\_\_ No Se \_\_\_

¿Estas embarazada? Sí  No  Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Estás positivo para VIH o SIDA? VIH/SIDA  Hepatitis

### Circulé su Respuesta

\*\*\*Si todos son negativos a continuación, marque aquí \*\*\*

#### Historia Médica Pasada:

Ansiedad	Diverticulitis	Cálculos renales
Artritis	Fibromialgia	Enfermedad del hígado
Asma	Gota	Osteoporosis
EPOC	Colesterol alto	Enfermedad de reflujo
Cáncer: _____	Alta presión sanguínea	Carrera
Enfermedad del corazón	Hipertiroidismo	Tuberculosis
Depresión	Hipertiroidismo	Coágulos de sangre
Diabetes	Enfermedad del riñón	Pulmones

Antecedentes quirúrgicos con las fechas:

Historia Familiar: Erupciones, Cáncer De Piel, Melanoma, En caso afirmativo quien:

#### Historia Social:

Estado Civil: Divorciado Casado Soltero

Fumas: Anterior Presente Nunca

Bebes alcohol: Nunca De vez en cuando Moderadamente Pesadamente

¿Cuánto tiempo ha vivido en Arizona? \_\_\_\_\_

¿Utiliza protector solar regularmente? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Ha viajado fuera de los U.S recientemente? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso afirmativo, ¿dónde viajado? \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor marque cualquier positivos\*\***

**\*\*Si todo lo siguiente es negativo por favor marque aquí \_\_\_\_\_**

### **Revisión de síntomas**

General: Fiebre Resfriado Náusea Fatiga

Piel: Comezón Ardor Sensibilidad Perdida de cabello Problemas en las uñas

Ojos: Comezón Rojez Sequedad

Boca: úlceras Erupción Dolor

Nariz: Problemas de sinusitis Sangrado de la nariz

Pulmonar: Asma Falta de aliento Tos con sangre

Cardiovascular: Inflamación de las piernas

Genitourinario: Descarga anormal Dolor al orinar

Musculoesquelético: Debilidad Dolor en las articulaciones Inflamación de articulaciones

Neurológico: Entumecimiento Estremecimiento Dolores de cabeza

Endocrino: Cambio en la voz Calor o intolerancia al frío Ganancia /Pérdida de peso

Psicológico: Depresión Ansiedad La alta tensión

Hematológica: Anemia Desorden sangrante Tomando anticoagulantes

Alérgica/Inmunológica: Alergias estacionales Enfermedad autoinmune

## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Para nuestros pacientes: Este aviso describe cómo la información sobre su salud (como paciente de esta práctica) puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a su información médica. Esto es requerido por los reglamentos de privacidad creados como resultado de la Ley de Responsabilidad de 1996 y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

## **Nuestro Compromiso con su Privacidad**

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su salud y la información. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud. Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero tenemos que proveerle la siguiente información importante.

## **Uso y Divulgación de su Información de Salud en Ciertas Circunstancias Especiales**

Las siguientes circunstancias pueden requerir que usar o divulgar su información:

1. Para las autoridades de salud pública y los organismos de supervisión de la salud que están autorizadas por ley para recopilar información
2. Juicios y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo requiere por un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra individual o el público. Sólo haremos revelación a una persona u organización capaz de prevenir la amenaza.
5. Si usted es una de las fuerzas militares U.S o extranjeras (incluyendo veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.
6. Para oficiales federales para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
7. A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es íntima o bajo la custodia oficial de la ley.
8. Para compensación de trabajadores y otros programas similares.

## **Sus Derechos Respecto a su Información de Salud:**

1. Puede solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operación de atención médica. Además, usted tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su información de salud a solamente ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago para su cuidado, tales como miembros de la familia y amigos. No estamos obligados a acceder a su petición, sin embargo; Si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando sea requerido por la ley, en caso de emergencia, o cuando la información sea necesaria para darle tratamiento.

## **El Consentimiento Del Paciente Para Su Uso Y Divulgación De Información De Salud Protegida**

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar en el consentimiento. Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette se reservan el derecho de revisar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de las Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de Dermatología de Omni a 4840 E. Indian School Rd. Ste. 102, Phoenix, AZ 85019

Con mi consentimiento Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette puede llamar a mi casa o a otro lugar designado y dejar un mensaje en un buzón de voz o en persona en referencia a todos los elementos que ayudan a la práctica de llevar a cabo TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi cuidado clínico, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette pueden enviar por correo a mi casa o en otro lugar designado ningún momento que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y estados de paciente, siempre y cuando se marcan personal y confidencial.

Al firmar esta forma, estoy consintiendo a Omni Dermatología y el Dr. Andrew J. Racette de usar y divulgación de mi información personal de salud para llevar a cabo operaciones de atención médica de tratamiento, pago y. También he leído el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Puedo revocar mi consentimiento en la escritura, excepto en la medida en que la práctica ya se ha hecho la divulgación en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Omni Dermatología puede negarse a proporcionar tratamiento a mí.

Por la presente reconozco que se me ha presentado con una copia de Omni Dermatología Notificación de práctica privada

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Permiso de Fotografía Dermatología

Por la presente autorizo al personal apropiado de la oficina del Dr. Andrew Racette, en Omni Dermatología para tomar fotografías digitales de mi condición de la piel.

Declaro que se me ha explicado completamente que dichas imágenes se tomaron para el propósito de la documentación del registro médico, ubicación de las opciones de tratamiento y para la presentación a los médicos, enfermeros profesionales y personal paramédico debidamente autorizados en caso que sea necesario un tratamiento en el futuro. Estas fotos son una parte vital de su carta y son sumisos con HIPAA.

Digo, además, que en el momento de la ejecución del consentimiento que soy plenamente consciente de las imágenes a ser tomadas y los usos, tal como se ha descrito anteriormente, a los que se van a poner, y que todas las preguntas con respecto a la toma de las imágenes y el uso de no haber sido plenamente explicadas para mí y para mi completa satisfacción por personal de Omni Dermatología.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autoridad Historial de Medicamentos

Estamos implementando un nuevo programa de registro médico electrónico (EMR) que importará **automáticamente su historial de medicamentos a partir de fuentes tercera parte (es decir, las farmacias.)** Con el fin de transferir su medicación actual y pasado al nuevo sistema debemos tener su autoridad.

Al firmar a continuación la presente certifico Omni Dermatología de trasferir historia de la medicación.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprime Tu Nombre