

# Historia Medico

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico que lo refirió: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

(solo si es diferente al de arriba)

Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_ Cruce de calles de la farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a tenido una reaccion a anestésicos locales? [ ] SI -- explique: \_\_\_\_\_ [ ] NO

¿Tiene alergia a algun medicamento?: [ ] SI-Lista por favor: \_\_\_\_\_ [ ] NO

¿Alergia a huevos? [ ] SI [ ] NO      ¿Alergia a la vacuna contra la influenza? [ ] SI [ ] NO

Medicamentos/ medicamentos sin receta **que toma actualmente** incluyendo recetas de esta oficina.

Medicación	Dosis	Instrucciones

¿ Tiene usted historia personal o esta actualmente bajo tratamiento para alguna de las siguientes condiciones?

**(si contesta si por favor explique):**

- |   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| [ ] si [ ] no Problema cardiaco         | [ ] si [ ] no Hepatitis          | [ ] si [ ] no Trasplante de organo                        |
| [ ] si [ ] no Hipertensión              | [ ] si [ ] no Diabetes           | [ ] si [ ] no Terapia de la radiografía                   |
| [ ] si [ ] no Marcapasos                | [ ] si [ ] no PUVA/UVB           | [ ] si [ ] no Problemas del riñón                         |
| [ ] si [ ] no Embolio                   | [ ] si [ ] no Artritis           | [ ] si [ ] no Prolapso mitral de valvula                  |
| [ ] si [ ] no Coágulos de sangre        | [ ] si [ ] no Epilepsia          | [ ] si [ ] no ¿Accutane entre los ultimos 6 meses?        |
| [ ] si [ ] no Problemas de sangrado     | [ ] si [ ] no Glaucoma           | [ ] si [ ] no Actualmente embarazada/la lactancia materna |
| [ ] si [ ] no Problemas pulmonares      | [ ] si [ ] no Queloides cicatriz | [ ] si [ ] no Fiebre reumática                            |
| [ ] si [ ] no VIH                       | [ ] si [ ] no Cáncer             | [ ] si [ ] no Conjunto/válvula artificial                 |
| [ ] si [ ] no Condiciones psiquiátricos | [ ] si [ ] no Cáncer de la piel  | [ ] si [ ] no Otros                                       |
- [ ] si [ ] no ¿Cirugía previa? Si contesta si, explique el tipo de cirugía y las fechas (mes/ año) de cada una:

[ ] si [ ] no ¿Antecedentes familiares de melanoma maligno? ¿Si si, quien? \_\_\_\_\_

[ ] si [ ] no Consumo de alcohol: ¿Cuánto y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

[ ] si [ ] no Consumo de tabaco: Los tipos y las cantidades utilizadas: \_\_\_\_\_

[ ] si [ ] no ¿Tiene alguna historia de infecciones por MRSA?

[ ] si [ ] no ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía en el último año?

[ ] si [ ] no ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe en el último año? ¿Dónde (medico, hospital, etc.)? \_\_\_\_\_

[ ] si [ ] no ¿Alguna vez te has hecho una mamografía? ¿En caso afirmativo fecha de la última proyección? \_\_\_\_\_

[ ] si [ ] no ¿Alguna vez te has hecho un examen coloproctal? ¿En caso afirmativo fecha de la última proyección? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Snyder Dermatology and Breast & Body Center of Austin**

**1510 W. 34<sup>th</sup> Street, Suite 100 Austin Texas 78703**

**P: 512.533.9900 F: 512.533.9901**

Apellido del paciente:		Nombre del paciente e inicial del medio:		Fecha de nacimiento:	
Dirección y Apt #:			Ciudad y Estado: Código Postal:		Sexo del paciente: F ( ) M ( )
Raza (por favor marque una): <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispánico				Etnicidad (por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano el Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	
Método preferido de contacto:	Teléfono residencial del paciente #: (    )		Teléfono de trabajo del paciente y ext : (    )		Teléfono celular del paciente #: (    )
Idioma preferido:	Fecha de nacimiento del paciente	Edad:	SSN del paciente:	Licencia de conducir de Texas #:	
Nombre(s) de los padres Si el paciente es un hijo menor de edad:			Dirección de correo electrónico: ¿Podemos enviarle un correo electrónico si no podemos contactarlo por teléfono? Y o N		
¿Quién lo refirió a nuestra oficina?			¿A quién llamar en caso de emergencia? Nombre y relación: Teléfono: (    )		
Nombre del empleador y número de teléfono:			Ocupación:		
Compañía de seguros primaria:			Nombre del asegurado principal y Fecha de Nacimiento:		
Miembro o número de identificación (si no aparece en la tarjeta, entonces SS # del asegurado principal):		Grupo #:		Relación asegurada primaria con el paciente:	
Compañía de Seguros Secundaria:		Nombre del Asegurado Secundario y DOB:		Relación del Asegurado Secundario con el paciente:	
Miembro del seguro secundario o número de identificación (si no aparece en la tarjeta, entonces SSN del asegurado principal):			Grupo #:		
<p><b>LIBERACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:</b> Por la presente autorizo la divulgación de toda la información médica a mi(s) compañía(s) de seguros o a su representante, para los fines necesarios en la adjudicación o procesamiento de todas y cada una de las reclamaciones de seguros presentadas en mi nombre y de las cuales soy financieramente responsable. Además, autorizo que todos los beneficios del seguro se paguen al proveedor que presta servicios en nombre de Renee Snyder, M.D., P.A. o Ned Snyder IV, M.D., P.A.</p> <p><b>PRUEBAS DE SIDA / VIH EN CASOS DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL:</b> Entiendo que si un trabajador de la salud se expone accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales de tal manera que el trabajador puede estar en riesgo de contraer hepatitis B, hepatitis C o SIDA. Se me pedirá que me hagan un análisis de sangre, de conformidad con Texas los protocolos de la ley y la oficina, para determinar el presente de antígenos de superficie de la hepatitis B o hepatitis C y / o anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana. Los resultados de las pruebas se mantendrán confidenciales en la medida permitida por la ley y cualquier información relacionada con mi identidad, en relación con dichas pruebas, se destruirá después de la prueba y la notificación del trabajador de la salud que estuvo expuesto.</p> <p><b>CONSENTIMIENTO PARA TRATAR:</b> Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de mi dermatólogo o cirujano plástico para incluir examen y tratamiento, prescripción de medicamentos y preparaciones para la piel.</p> <p><b>ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:</b> Se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. También entiendo que tengo derecho a solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para mis registros.</p>					
_____ <b>Firma del paciente (padre si el paciente es un hijo menor de edad) Fecha</b>					

## POLITICA FINANCIERA

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

¡Gracias por elegir nuestra práctica! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y atención médica. Por favor, comprenda que el pago de su factura es parte de su tratamiento y atención. Por favor, inicie cada uno de los siguientes elementos en reconocimiento de que ha leído y entendido:

1. \_\_\_\_\_ Si participamos con su plan de atención administrada o si tiene un plan de seguro comercial bajo el cual está cubierto, le facturaremos al transportista todos los cargos por los servicios prestados. Facturaremos sus planes de seguro primario y secundario. Usted será responsable en el momento del servicio del pago de:
  - Deducible anual
  - Co-Payment y Co-Seguro
  - Cargos por servicios cosméticos o no cubiertos y productos minoristasSi no tenemos conocimiento de un cargo que no está cubierto por su plan, se le facturará después de que obtengamos una denegación de su compañía de seguros.  
Tenga en cuenta que cualquier cosa que elija para que se le extirpe médica / cosméticamente o se le realice una biopsia puede no estar cubierta por el copago / coseguro de su oficina y está sujeta a su deducible. Haremos todo lo posible para contactar a su seguro para verificar sus beneficios, pero si no podemos comunicarnos con ellos, usted será responsable del pago de los servicios prestados. Tales procedimientos incluyen, entre otros: biopsias, extirpación de verrugas, lunares, lesiones precancerosas u otras lesiones cutáneas. Los métodos de eliminación pueden incluir, entre otros: corte, congelación, quemadura o aplicación de un agente ampolloso. Cualquier tejido extraído del cuerpo se enviará a un laboratorio para su análisis.
2. \_\_\_\_\_ Cualquier tejido extraído del cuerpo por razones médicamente necesarias o cosméticas puede no estar cubierto por su copago / coseguro de visita al consultorio y está sujeto a su deducible. Si está recibiendo atención como paciente que paga por sí mismo, también es responsable de cualquier tarifa. Al recibir una biopsia, podemos solicitar tener una tarjeta de crédito registrada. La tarjeta registrada puede ser cargada una vez que se completen los cargos finales de patología. Si recibe una factura separada del laboratorio, cualquier pregunta que tenga deberá abordarse directamente con el laboratorio.
3. \_\_\_\_\_ Somos un proveedor participante de Medicare y facturaremos directamente a Medicare. Usted será responsable en el momento del servicio del pago de:
  - Deducible anual
  - Co-Payment y Co-Seguro
  - Cargos por servicios cosméticos o no cubiertos y productos minoristas
  - Es posible que se le pida que firme un Formulario de exención de responsabilidad si se proporciona un servicio que no está cubierto por Medicare.
4. \_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable de cualquier referencia o autorización que mi seguro pueda requerir y de cualquier cargo no cubierto por mi plan de seguro.
5. \_\_\_\_\_ Si no tiene seguro de salud, se espera el pago completo en el momento del servicio.
6. \_\_\_\_\_ Si recibimos un cheque devuelto de su institución bancaria, se cobrará una tarifa de \$ 35.00 a su cuenta y el pago se debe al recibir su estado de cuenta.
7. \_\_\_\_\_ Los productos minoristas comprados en nuestra oficina no son reembolsables.
8. \_\_\_\_\_ Si no puede asistir a su cita, notifique a la oficina 24 horas antes de la hora de su cita programada. No dar aviso de 24 horas resultará en una tarifa de cita perdida de \$ 35.00 y hasta \$ 100 por una tarifa de procedimiento perdida. Esta tarifa no está cubierta por su plan de seguro.
9. \_\_\_\_\_ Las tarifas de cirugía plástica y dermatología estética son de \$ 150 para reservar su cita. Los servicios estéticos u otros servicios cosméticos pueden requerir un depósito antes de la programación. Estas tarifas se toman en el momento de la programación y no son reembolsables si se pierde la cita. Esta tarifa se aplicará a cualquier procedimiento cosmético o servicio prestado. Los depósitos de dermatología cosmética caducarán en seis meses si no se utilizan.
10. \_\_\_\_\_ Los packages o especiales comprados no son reembolsables ni transferibles. Los paquetes y especiales son válidos por un año a partir de la fecha de compra.
11. \_\_\_\_\_ Los saldos de los certificados de Gift o el crédito para servicios cosméticos vencerán un año después de la fecha de compra.
12. \_\_\_\_\_ Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheque, MasterCard, Visa, American Express, Discover y Care Credit.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

**Ned Snyder IV, M.D., Renee R. Snyder, M.D.,  
Elizabeth Foley, D.O., Mary Kendall Parker, M.D.  
La NOTA DE PRACTICAS de INTIMIDAD**

**ESTA NOTA DESCRIBE COMO INFORMACION de SALUD SOBRE USTED que mayo ES USEDAND REVELO Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR el ACCESO A ESTA INFORMACION  
REVISE POR FAVOR CON CUIDADO LA INTIMIDAD DE SU INFORMACION de la SALUD ES IMPORTANTE A LOS OTROS**

**NUESTRO DEBER LEGAL**

Somos requeridos por aplicable federal y la ley del estado para mantener la intimidad de su información de la salud. Nosotros también somos requeridos a darle esta Nota acerca de nuestras prácticas de la intimidad, acerca de nuestros deberes legales, y acerca de sus derechos con respecto a su información de la salud. Debemos seguir las prácticas de la intimidad que son descritas en esta Nota mientras tiene vigencia. Esta Nota surte efecto 2007 de enero, y se quedará vigente hasta que nosotros lo reemplacemos.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de la intimidad y los términos de esta Nota en tiempo, tales cambios proporcionados son permitidos por la ley aplicable. Reservamos el derecho hace los cambios en nuestras prácticas de la intimidad y los términos nuevos de nuestra Nota efectiva para toda información de la salud que mantenemos, inclusive información de salud que creamos o recibimos antes hacemos los cambios. Antes hacemos los cambios significativos en nuestras prácticas de la intimidad, nosotros cambiaremos esta Nota y haremos la nueva Nota disponible sobre la petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestra Nota en tiempo. Para más información sobre nuestras prácticas de la intimidad, o para copias adicionales de esta Nota, por favor nos contacta utilizando la información listó a fines de esta Nota.

**Los USOS Y REVELACIONES DE INFORMACION de SALUD**

Utilizamos y revelamos información de salud sobre usted para el tratamiento, las operaciones del pago y la asistencia sanitaria. Por ejemplo:

**El tratamiento:** Podemos utilizar o podemos revelar su información de la salud a un médico u otro proveedor de la asistencia sanitaria que proporcionan el tratamiento a usted.

**El pago:** Podemos utilizar y poder revelar que su información de la salud para obtener el pago para servicios que proporcionamos a usted.

**Las Operaciones de la asistencia sanitaria:** Podemos utilizar y poder revelar su información de la salud con respecto a nuestras operaciones de asistencia sanitaria. Las operaciones de la asistencia sanitaria incluyen la evaluación de la calidad y actividades de mejora que revisan la competencia o los requisitos de profesionales de asistencia sanitaria, evaluando el desempeño de facultativo o a proveedor, realizando entrenando los programas, la acreditación, y la certificación, licenciar, o las actividades de credentialing.

**Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información de la salud para el tratamiento, las operaciones del pago o la asistencia sanitaria, usted nos puede dar autorización escrita para utilizar su información de la salud o para revelarlo a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da autorización, usted lo puede revocar en escritura en tiempo. Su revocación no afectará ningún uso ni la revelación realizados por su autorización mientras tuvo vigencia. A menos que usted nos dé autorización escrita, nosotros no podemos utilizar ni podemos discutir su información de la salud para ninguna razón menos esos descrito en esta Nota.

**A Su Familia y Amigos:** Con su autorización nosotros podemos revelar su información de la salud a un miembro de la familia, el amigo u otra persona hasta el punto necesario para ayudar con su asistencia sanitaria o con el pago para su asistencia sanitaria.

**Las personas Implicaron en el Cuidado:** Podemos utilizar o podemos revelar que información de salud para notificar, o para participar en la notificación de (inclusive identificar y situar) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsables de su cuidado, de su ubicación, de su condición general, o de la muerte. Si usted es presente, entonces antes del uso o la revelación de su información de la salud, nosotros le proporcionaremos con una oportunidad de oponerse a tales usos o revelaciones. En caso de sus circunstancias de la incapacidad o la emergencia, nosotros revelaremos información de salud basada en una determinación que utiliza nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente pertinente a la participación de la persona en su asistencia médica. Nosotros también utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer las inferencias razonables de su mejor interés a permitir a una persona para recoger las prescripciones llenadas, los suministros médicos u otras formas semejantes de información de salud.

**Necesario por la Ley:** Podemos utilizar o podemos revelar su información de la salud cuando somos requeridos a hacer así por la ley.

**El abuso o Descuida:** Podemos revelar que su información de la salud para apropiar las autoridades si creemos razonablemente que usted es una víctima posible del abuso, del descuido, o de la violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de la salud hasta el punto necesario para apartar una amenaza grave a su salud o la seguridad o la salud o la seguridad de otros.

**La Seguridad nacional:** Podemos revelar a autoridades militares la información de la salud del personal de Fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a la información federal autorizada de la salud de funcionarios necesaria para la inteligencia lícita, para el

contraespionaje, y para otras actividades nacionales de la seguridad. Podemos revelar a funcionarios correccionales de instituciones o aplicación de la ley que tienen la custodia de información protegida de salud de un preso o el paciente bajo ciertas circunstancias.

**Los Recordatorios de la cita:** Podemos utilizar o podemos revelar que su información de la salud para proporcionarle con recordatorios de cita como mensajes de voicemail, con las tarjetas postales, o con las cartas.

**El marketing:** Podemos utilizar su nombre y la dirección para enviarle una copia de nuestro boletín trimestral que contiene información sobre seminarios próximos, nuevas y las opciones mejoradas del tratamiento, la Dermatología especial así como general, médica y Cosmética & información Plástica de Cirugía para nuestros pacientes.

**El laboratorio/la patología/la cultura Resulta:** Todos pacientes son procurados ser notificados de sus resultados por teléfono. Es su última responsabilidad de llamar nuestra oficina para sus resultados si podemos no alcanzarle.

## DERECHOS DE PACIENTES

**El acceso:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información de la salud, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una petición en la escritura para obtener el acceso a su información de la asistencia sanitaria. Usted puede obtener una forma para solicitar el acceso utilizando la información de contacto listó a fines de esta Nota. Hay un \$35 honorario para historiales médicos. Si sus registros son transferidos a otro médico no hay honorario.

**La Contabilidad de la revelación:** Usted tiene el derecho de recibir una lista de casos en los que nuestros socios revelaron su información de la salud para propósitos, de otra manera que el tratamiento, el pago, las operaciones de asistencia sanitaria y ciertas otras actividades, para los últimos 6 años, pero no antes del 1 de noviembre de 2005. Si usted solicita esta contabilidad no más de una vez en un período de 12 meses, nosotros le podemos cargar un razonable, el honorario de costo-basó para responder a estas peticiones adicionales. Nuestra práctica le notificará de los costos implicados con peticiones adicionales, y usted le puede retirar solicita antes que usted contrae cualquier costo.

**La restricción:** Usted tiene el derecho de solicitar que colocamos las restricciones adicionales en nuestro uso y la revelación de su información de la salud. Nosotros no somos requeridos a aceptar estas restricciones adicionales, pero si hacemos, respetaremos nuestro acuerdo, menos en situaciones de emergencia. Usted puede obtener una forma para solicitar la revelación restringida utilizando la información de contacto listó a fines de esta Nota.

**Comunicación alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar que comunicamos con usted acerca de su información de la salud por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Usted debe hacer su petición en la escritura. Su petición debe especificar los medios o la acción alternativos y proporcionar la explicación satisfactoria cómo pagos serán manejados bajo los medios de la alternativa o la ubicación que usted solicita.

**Las enmiendas:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendamos su información de la salud. Su petición debe estar en la escritura y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

**La Nota electrónica:** Si usted recibe esta Nota en nuestro sitio web o por el correo electrónico (correo electrónico) usted tiene derecho para recibir esta Nota en el formato escrito.

**Correo electrónico:** Correo electrónico es de ser utilizado para el contacto inicial, información generalizada en procedimientos, o en planificar las citas. Mande correo electrónico no puede sustituir para una visita física de médico. No envíe urgentes correos electrónicos ni peticiones para la atención médica inmediata. Llame por favor nuestra oficina si necesitado de ayuda inmediata (512-533-9900) o llame 911 en una emergencia.

## Las PREGUNTAS O QUEJAS

Si usted desea que más información sobre nuestras prácticas de la intimidad o tiene las preguntas o concierne por favor nos contacta. Si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados, usted puede archivar una queja con nuestra práctica o con el Secretario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Para archivar una queja con nuestra práctica por favor contacte a nuestra oficina al (512) 533-9900. Todas quejas deben ser sometidas en la escritura.