



Registro del Paciente

Complete en pantalla, luego imprima y firme donde se indica

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	NOMBRE PREFERIDO
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DEL TRABAJO	
EMPLEADOR			
PROVEEDOR QUE LO REFIRIÓ		MÉDICO DE CABECERA	

PARTE RESPONSABLE

Complete solo si el paciente es menor de edad o si otra persona es responsable del pago.

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	PARENTESCO CON EL PACIENTE
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO CELULAR	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
EMPLEADOR	TELÉFONO DEL TRABAJO		

FARMACIA PREFERIDA

Todas las recetas se envían electrónicamente. Indíquenos la farmacia que desea que usemos.

NOMBRE DE LA FARMACIA	TELÉFONO DE LA FARMACIA	
DIRECCIÓN DE LA FARMACIA		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL



NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE HOY

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Presente su tarjeta de seguro y una identificación con foto al registrarse.

Seguro primario

COMPañÍA DE SEGURO

TELÉFONO DEL SEGURO

NÚMERO DE MIEMBRO O PÓLIZA

NÚMERO DE GRUPO

CANTIDAD DEL COPAGO

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR

PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL TITULAR

FECHA DE VIGENCIA

Seguro secundario (si aplica)

COMPañÍA DE SEGURO

TELÉFONO DEL SEGURO

NÚMERO DE MIEMBRO O PÓLIZA

NÚMERO DE GRUPO

CANTIDAD DEL COPAGO

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR

PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL TITULAR

FECHA DE VIGENCIA

EN CASO DE EMERGENCIA, PERSONA A CONTACTAR

NOMBRE

PARENTESCO CON EL PACIENTE

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DE CASA

AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Autorizo a Mid Florida Dermatology & Plastic Surgery a divulgar mi información médica a mi médico de cabecera o al proveedor que me refirió, a los consultores cuando sea necesario, y según se requiera para tramitar reclamaciones de seguro, solicitudes de seguro y recetas. Autorizo que los beneficios médicos se paguen directamente a Michael M. Gutierrez, M.D., P.A.

Solicito los servicios profesionales de Mid Florida Dermatology & Plastic Surgery y acepto la responsabilidad financiera por esos servicios. El pago vence el día en que se prestan los servicios, incluyendo copago, coseguro o deducible. Aceptamos efectivo, cheque y tarjeta de crédito.

Mi firma a continuación confirma que he leído y acepto lo anterior.

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PARTE RESPONSABLE

FECHA



Atención por Asistente Médico o Enfermera

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE HOY

NUESTROS ASISTENTES MÉDICOS Y ENFERMERAS PRACTICANTES

Su cita actual es con uno de los asistentes médicos o enfermeras practicantes que aparecen abajo. Cada uno trabaja bajo la supervisión de uno de nuestros médicos certificados.

Rebekah Belkin, PA
Sydney Byers, PA
Grace Davis, NP
Jennifer Dembowski, NP
Elisa Endicott, PA
Courtney Frazier, ARNP-C
Brent Hopson, PA-C
Michelle Horta, NP
Shannon Keegan, NP

Darya Kyrylina, NP
Deborah LeBlanc, PA-C, MMS
Taylor Montgomery, NP
Meghan Murray, NP
Jessica Navarro, NP
Ellie Orlando, FNP-C
Angela Pieronowski, NP
Haleigh Ratliff, NP
Rachel Reid, PA-C

Xana Rette, NP
Caitlyn Rhoades, NP
Kelsey Roberts, NP
Sofia Terry, NP
Caitlin Uddo, NP
Karen Vejano, PA
Jessica Wong, NP
Sara Zinn, NP

RECONOCIMIENTO

Ponga sus iniciales y luego firme a continuación.

☐

Entiendo que un asistente médico o una enfermera practicante puede atenderme y tratarme por mi condición dermatológica, y estoy de acuerdo.

INICIALES

Si prefiere que lo atienda un médico, avísele a la recepción y le cambiaremos la cita. No hace falta ninguna firma para eso.

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PARTE RESPONSABLE

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE HOY _____

¿TIENE USTED, O HA TENIDO ALGUNA VEZ, ALGO DE LO SIGUIENTE?

Marque todo lo que aplique.

PULMONES

- ☐ Asma
- ☐ Bronquitis
- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Enfisema
- ☐ Tos por la mañana

CORAZÓN Y CIRCULACIÓN

- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Dolor de pecho
- ☐ Infarto previo
- ☐ Soplo cardíaco funcional
- ☐ Trastorno del ritmo cardíaco
- ☐ Tromboflebitis
- ☐ Transfusión de sangre

OTRAS CONDICIONES

- ☐ Cáncer que no sea de piel (tipo y cuándo) _____
- ☐ Diabetes
- ☐ Fiebre del heno
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Trastorno de la tiroides
- ☐ Trastorno renal (de los riñones)
- ☐ Trastorno de la vejiga
- ☐ Enfermedad del hígado, estómago o intestino
- ☐ Hepatitis (tipo) _____
- ☐ Glaucoma
- ☐ Artritis
- ☐ Epilepsia (convulsiones)
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Desmayos o pérdida del conocimiento
- ☐ Dolores de cabeza

¿TIENE ALGO DE LO SIGUIENTE?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Prolapso de la válvula mitral | ☐ Marcapasos o desfibrilador | ☐ Defecto del corazón |
| ☐ Reemplazo de articulación | ☐ Trasplante de órgano | ☐ Válvula cardíaca artificial |

OTRO HISTORIAL MÉDICO, CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES

ALERGIAS

Indique todas sus alergias a medicamentos, alimentos y otras, y qué reacción le causa cada una. Si no tiene ninguna, escriba NINGUNA.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE HOY

INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

Incluya recetas, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos. Si no toma ninguno, escriba NINGUNO en la primera línea.

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN O DOSIS	CON QUÉ FRECUENCIA LO TOMA

Si necesita más espacio, continúe al reverso de esta página.

HISTORIAL SOCIAL

¿TOMA ALCOHOL?

SI ES ASÍ, ¿CUÁNTAS BEBIDAS AL DÍA?

¿FUMA O VAPEA?

SI ES ASÍ, ¿QUÉ Y CON QUÉ FRECUENCIA?

¿USA DROGAS RECREATIVAS?

SI ES ASÍ, ¿DE QUÉ TIPO Y CON QUÉ FRECUENCIA?

OCCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO

¿CUÁLES SON SUS PASATIEMPOS?

¿CONTACTO HABITUAL CON QUÍMICOS, PLANTAS U OTROS IRRITANTES EN EL TRABAJO O EN CASA?

SI ES ASÍ, ¿CON QUÉ?

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE HOY

HISTORIAL DE LA PIEL

¿HA TENIDO CÁNCER DE PIEL?

SI ES ASÍ, ¿DE QUÉ TIPO Y CUÁNDO?

¿ALGUIEN DE SU FAMILIA HA TENIDO CÁNCER DE PIEL?

SI ES ASÍ, ¿QUIÉN Y DE QUÉ TIPO?

¿ALGÚN FAMILIAR DE SANGRE HA TENIDO MELANOMA?

SI ES ASÍ, ¿QUIÉN Y QUÉ PARENTESCO TIENE CON USTED?

¿TIENE ANTECEDENTES DE ALGUNA ENFERMEDAD DE LA PIEL EN PARTICULAR?

¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?

SI ES ASÍ, ¿DE QUÉ TIPO?

¿SANGRA CON FACILIDAD EN PROCEDIMIENTOS DE LA PIEL?

¿TOMA ALGÚN ANTICOAGULANTE? ¿CUÁL?

¿LE HAN PUESTO ANESTESIA (LIDOCAÍNA)?

SI ES ASÍ, ¿HA TENIDO ALGUNA REACCIÓN?

¿TOMA ANTIBIÓTICOS ANTES DE LOS PROCEDIMIENTOS?

SI ES ASÍ, ¿CUÁL ANTIBIÓTICO?

¿HA ESTADO EXPUESTO AL VIH (SIDA)?

¿ALGUNA CONDICIÓN O MEDICAMENTO DEBILITA SU SISTEMA INMUNOLÓGICO?

Cuando se expone al sol, su piel: ☐ Solo se broncea

☐ Se broncea y se quema ☐ Solo se quema

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY

¿POR QUÉ MOTIVO VIENE HOY?

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA CON ESTE PROBLEMA?

¿QUÉ LO MEJORA O LO EMPEORA?

¿QUÉ OTROS SÍNTOMAS LE HA CAUSADO ESTE PROBLEMA?

PARA MUJERES

¿ESTÁ EMBARAZADA?

SI ES ASÍ, FECHA DE PARTO

¿PLANEA QUEDAR EMBARAZADA?

¿ESTÁ AMAMANTANDO?



I. RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar a continuación reconozco que Mid Florida Dermatology & Plastic Surgery me entregó una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que lo he leído o tuve la oportunidad de leerlo, que mis preguntas sobre mis derechos fueron contestadas a mi satisfacción, y que acepto sus términos.

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR

FECHA

II. REPRESENTANTES PERSONALES

Acepto que la práctica comparta con las personas indicadas abajo la información de salud que tenga que ver directamente con su participación en mi atención o en el pago de mi atención.

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DEL PADRE O TUTOR QUE FIRMA EN SU NOMBRE

PARENTESCO

Si un representante personal es un tutor legal designado por la corte, se debe entregar una copia de los documentos judiciales para el expediente médico.

III. CÓMO PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED

Conforme a la Sección 164.522(b) de la Regla de Privacidad. Marque cada opción que usted autorice.

TELÉFONO DE CASA O CELULAR

TELÉFONO DEL TRABAJO

☐ Pueden dejar un mensaje con detalles

☐ Pueden dejar un mensaje con detalles

☐ Dejar solo un número para devolver la llamada

☐ Dejar solo un número para devolver la llamada

DIRECCIÓN POSTAL PARA COMUNICACIÓN ESCRITA

☐ Pueden enviar correo a la dirección de arriba

CORREO ELECTRÓNICO

☐ Pueden enviarme correo electrónico

OTRAS INSTRUCCIONES

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE HOY

Gracias por elegir a Mid Florida Dermatology & Plastic Surgery para el cuidado de su piel. Estamos comprometidos con un tratamiento y una atención médica de excelencia. Como la cobertura del seguro y la responsabilidad de pago pueden ser confusas, a continuación explicamos nuestras políticas.

SEGURO

Tenga su tarjeta de seguro a la mano cuando se registre. Muchos planes exigen una referencia de su médico de cabecera antes de recibir servicios, así que tráigala con usted. Como cortesía, verificaremos su cobertura y facturaremos a su aseguradora por usted. Los planes participantes exigen que el copago se pague el día en que recibe los servicios.

Usted es responsable del pago de su cuenta. Su proveedor puede realizar procedimientos o servicios necesarios para su salud que no estén cubiertos por todos los contratos de seguro, y usted será responsable de esos cargos. Las preguntas sobre su cobertura debe dirigir las al número de servicio al cliente o de servicios al miembro que aparece en su tarjeta de seguro. Le enviaremos un estado de cuenta que muestra lo que pagó su seguro, y cualquier saldo pendiente vence cuando reciba ese estado de cuenta. Avísenos de cualquier cambio en su seguro o en su información personal.

Si no puede pagar un saldo por completo, llame a nuestro departamento de facturación al (407) 299-7333, extensión 1330, para hacer un plan de pago. Nuestra práctica no puede eximir el coseguro ni los deducibles. También puede recibir facturas por separado de un laboratorio participante o del laboratorio propio de Mid Florida Dermatology & Plastic Surgery.

SIN SEGURO O PAGO PROPIO

El pago vence el día en que se prestan los servicios. Puede pedir una lista de precios de ciertos servicios antes de que se realicen.

CHEQUES DEVUELTOS

Se agregará un cargo de \$25.00 a su cuenta por cualquier cheque que su banco devuelva por cualquier motivo.

CANCELACIÓN DE CITAS

Si no puede asistir a una cita, llame a nuestra oficina con al menos 24 horas hábiles de anticipación para cambiarla, y así poder ofrecer ese horario a otro paciente. Si no lo hace, se agregará un cargo de \$50.00 a su cuenta.

EXPEDIENTES MÉDICOS

Le daremos una copia de su expediente médico cuando la solicite. Tendrá que firmar una autorización. Permita 10 días hábiles para sacar las copias. El costo es de \$1.00 por página por las primeras 25 páginas y 25 centavos por página después de eso, y el pago vence cuando reciba el expediente.

Mi firma a continuación confirma que he leído y entiendo estas políticas.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA