

PLATEROTI DERMATOLOGY

LA FECHA DE HOY:			MEDICO DE ATENCION PRIMARIA:		
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido del paciente:		Primero:	Segundo nombre de pila:	Estado civil:	
Este es tu nombre legal?	Si no, cual es su nombre legal?	Nombre anterior:		Fecha de nacimiento:	La edad: El sexo:
SI / NO					M / H
Direccion de correo:					
Numero de seguro social:		Numero de telefono de casa:		Numero de telefono celular:	
Direccion de correo electronico/email:		Empleador:		Numero de telefono del empleador:	
Medico referente: (Por favor, elija una opcion):					
Quien podemos agradecer por referirte hoy?:					
Mejor metodo para recordarte de su cita (Por favor circulo uno): LLAMAR / CORREO ELECTRONICO / TEXTO					
INFORMACION DEMOGRAFICA:					
Raza Primaria:		Raza Secundario:		Etnicidad:	
INFORMACION DE SEGURO					
(Por favor, de su tarjeta de seguro a la recepcionista)					
*Persona responsable de cuenta:	*Fecha de nacimiento:	Direccion de correo (si es diferente):		Numero de telefono de casa:	
Es esta persona un paciente aqui?	SI / NO	Es este paciente cubierto por el seguro?		SI / NO	
Profesion:	Empleador:	La direccion del empleador:		El numero de telefono del empleador:	
Por favor, indique el seguro primario:					
*Nombre del suscriptor:	Numero de seguro social del suscriptor:	*Fecha de nacimiento:	Numero del grupo:	Numero de póliza:	
Relacion de paciente al suscriptor:					
Nombre de seguro secundario (si es aplicable):		Nombre del suscriptor:		Numero del grupo:	Numero de póliza:
Relacion de paciente al suscriptor:					
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o pariente (no vive en la misma direccion):		Relacion a paciente:		Numero de telefono del casa:	Numero de telefono del trabajo:
Yo autorizo el tratamiento para el paciente arriba mencionado y aceptar la responsabilidad por los gastos incurridos por servicios medicos. Entiendo que es la costumbre de pagar por los servicios en el momento en que son prestados a menos que otros arreglos se hacen por adelantado. Autorizo que la informacion contenida en mi expediente de mi compania de seguros, si es necesario pero a menos que notifique, soy responsable de mi compania de seguros de facturación. Yo autorizo a liberar cualquier informacion contenida en mi historial médico, a otro consultorio médico.					

PLATEROTI DERMATOLOGY

Carmelo Plateroti, D.O.

1101 Las Tablas Road, Suite G

Templeton, CA 93465

Telefono: (805) 434-2821

Fax: (805) 434-2526

Consentimiento de Liberacion de Atencion Medica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo doy permiso para divulgar información médica que puede incluir pero no limitado a las citas, prescripciones, y resultados de la prueba al siguiente señalado personas. Entiendo que debido a las directriz HIPAA, información médica sólo se discutirá conmigo y los que son puesto en la lista abajo.

1. _____ Relacion: _____ Telefono#: _____

2. _____ Relacion: _____ Telefono#: _____

3. _____ Relacion: _____ Telefono#: _____

Yo doy el permiso de tener mensajes telefonicos dejados en mi contestador automatico: SI / NO

Yo doy el permiso a que el correo enviado a mi casa: SI / NO

Yo doy el permiso para dejar mensajes en mi trajo: SI / NO

Numero de trabajo: _____

Yo doy el permiso de hacer mandar por fax mis archivos dondequiera que elija a mi peticion: SI / NO

Firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE PACIENTE MENOR:

Yo, _____, Desde esta fecha adelante doy permiso a Dr. Carmelo Plateroti's oficina para tratar a mi hijo/hija, _____ sin la presencia de un padre o guardián.

Firma: _____ Fecha: _____

Plateroti Dermatology
Carmelo Plateroti, D.O.
1101 Las Tablas Rd. Suite G
Templeton, Ca 93465

Consentimiento para Procedimientos General/Menor

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO, ADMINISTRACION DE ANESTESIA LOCAL, Y LA REALIZACION DE BIOPSIAS, CIRUGIA S MENORES Y/O PROCEDIMIENTO.

1) Yo autorizo el uso, y/o la administracion de tales medicamentos, anestésicos y otros tratamientos, incluyendo la realizacion de una biopsia de piel, el uso de la criocirugia con liquido nitrogeno, y la inyeccion de intralesional kenalog (cortisona), en caso de que alguno de estos se estimen conveniente, deseable, o necesario para diagnóstico, terapeutico, o propositos de investigacion por Carmelo Plateroti, D.O, Mary Schaff, R.N.,.N.P., o personal autorizado, para mi o mi hijo menor de edad.

2) Además doy mi consentimiento al examen para fines de diagnosticos, investigacion, y disposicion por las autoridades de la centro medical listado arriba de cualquier tejido o partes que se puede eliminar.

3) Entiendo que una biopsia de la piel consiste en la eliminacion de un pedazo de piel, y puede resultar en una cicatriz permanente o decoloracion de la piel en el sitio de la biopsia. Además, entiendo que mas que una biopsia puede ocurrir durante esta visita.

4) Entiendo que todas las especimenes eliminado son enviados por dermatopatologia a analisis y/o portaoobjetos preparacion. Los cargos por dermatopatologia seran facturados a mi seguro por su departamento de facturacion.

Entiendo que, en ciertos casos, puedo ser responsable de una parte o la totalidad de los gastos generados por el dermatopatologia.

5) Entiendo que la destruccion con nitrogeno liquido de las lesiones precancerosas, que tambien se conocen como las queratosis actinicas o queratosis solares, que se considere necesario para evitarlo evitar el riesgo de que estas lesiones evolucionan en un cancer de piel.

6) Tengo entendido que se recomienda la destruccion por nitrogeno liquido de las lesiones verrucosas (verrugas), pero estos tipos de lesiones no son cancerosos y no necesariamente tiene que ser tratados. Reconozco que, ya que pueden ser contagiosas, deben ser tratados. Si se recomienda destruccion de nitrogeno liquido, yo consiento basado en ese consejo. **Soy consciente de que estas lesiones pueden requerir mas que un solo tratamiento.**

7) Entiendo que la inyeccion de Kenalog (cortisona) para el tratamiento de cicatrices, quistes, acne, y las condiciones inflamatorias como la psoriasis, la dermatitis atopica y la alopecia areata, podra estimar necesario, conveniente o deseable.

8) Entiendo que cualquiera de los procedimientos anteriores pueden tener algunos efectos no deseados, que incluyen, pero no se limitan a cicatrices permanentes, decoloracion permanente de la piel en el lugar de tratamiento, la atrofia (disminucion o depresion de la piel), infeccion, sangrado, daño a los nervios que resulta en entumecimiento temporal o permanente.

9) Entiendo que, en ciertos casos, puedo ser responsable de una parte o la totalidad de los gastos generados por los tratamientos mencionados anteriormente, independientemente de la cobertura de seguro.

Firma del Paciente

Fecha

M.A. Initials

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Políticas de Oficina

LA CITA: Los pacientes son atendidos con cita. Para situaciones urgentes y agudas, a menudo encajaremos citas. Trabajado citas son hechos dirigirse a un grave problema solo. Los pacientes con citas programadas sera visto antes de los pacientes que fueron trabajados, excepto en casos de emergencia. Trabajamos muy duro para mantener nuestra agenda de citas. Sin embargo, por que vemos las emergencias en la oficina, inevitablemente habra retrasos. Pedimos disculpas por adelantado.

Le llamamos para confirmar la mayoría de las citas dos días de antelación. Si estas mas de 15 minutos tarde, se le pedira para reprogramar su cita. Las cancelaciones se deben que hacer 24 horas antes de la cita.

Cobramos \$50.00 para citas perdidas.

Las cancelaciones de citas quirurgicas, incluyendo cirugía de MOHS, deben que hacerse 48 horas antes de su cita.

Una cuota de \$200,00 puede aplicar aplkar si no dan un aviso de 48 horas.

NUMEROS DE SEGURO SOCIAL: Nosotros nos encargamos de los numeros de la seguro social y de la informacion personal de manera confidencial, pero tenemos la obligacion de divulgar informacion personal y medica a otra oficina del medico en el caso de referencia. Usamos los numeros de seguro social para los propósitos del seguro y de facturación en Plate Roti Dermatology del Condado Norte.

EL SEGURO: Como una cortesía a nuestros pacientes, facturamos servicios para los participantes y no participantes seguros. Si no ha cumplido su deducible antes de ser visto en nuestra oficina, usted tendra que pagar 50% de la factura en el momento del servicio. Si usted tiene un seguro que tiene un co-pago, nuestra política de la oficina es recoger lo antes de los servicios sean dados. Tambien, si hay algun cambio en su compañía de seguros, es su responsabilidad a informarnos antes de su cita. Usted debe que tener una tarjeta de seguro actual para que nos presentemos su seguro. Si usted no tiene su tarjeta en el momento de su cita, esperearemos que usted pague en su totalidad si le gustara ser visto, o su cita puede ser reprogramada.

PAGOS: El pago es debido de cada paciente en el momento del servicio. Aceptamos diferentes tipos de opciones de pago. Con mucho gusto aceptamos efectivo, cheque, Visa, MasterCard, Discover, American Express y Care Credit. Con nuestra opcion de Care Credit, ofrecemos financiación especial en determinadas circunstancias. Si esta interesado en la solicitud del Care Cloud, podemos hacer el proceso de aplicacion a quien nuestra oficina. Solo se tarda un momento de tu tiempo, y podemos obtener los resultados de tu aplicacion en pocos minutos. Si usted tiene 18 años de edad o mas, no facturamos un padre o tutor, usted sera responsable de la cantidad debida en el momento del servicio. Se espera que los pacientes con co-pagas, deductibles, y los porcentajes paguen en el momento de su cita. Pagos que usted responsable en su factura, debe hacerse en el momento de su cita. **Habrà un cargo por servicio de \$35,00 en todos los cheques devueltos.**

MEMOR: Todos los niños menores de 18 años deben acompañarse de un padre o guardian. Si el padre o guardian no esta presente, una forma de consentimiento para el menor debe ser firmada por un padre o guarda antes de la cita, o el nombramiento sera reprogramada. Por favor no deje a los niños solos en la sala de espera.

LLAMADAS DE TELEFONO: Es posible que necesite ponerse en contacto con la oficina con una pregunta. La mayoría de las llamadas no podran ser devueltos durante varias horas. Por favor proporcione un numero de telefono de retorno que se puede llegar a varias horas, o proporcionar numeros de telefono adicionales. En caso de emergencia, marque 911 primero.

PROBLEMAS DESPUES DE HORAS: Estamos de guardia 24 horas al día, disponible solo para cuestiones URGENTES que no puede esperar para que la oficina abra el siguiente día habil. Para contactarnos, por favor llame al numero de oficina.

RECONOCIMIENTO: He leído, entiendo, y estoy de acuerdo anteriores políticas de oficina.

Firma del Paciente/Guardian _____ Fecha _____

Nombre Impreso del Paciente _____

Nombre Impreso del Guardian y

Su Relación con el Paciente _____

HISTORIAL MEDICO Y FORMA DE ADMISION

NOMBRE DE PACIENTE:

FECHA:

PASADO HISTORIA MEDICA: (CIRCULO TODO LO QUE CORRESPONDA)

ANSIEDAD
ARTHRITIS
ASMA
LATIDO CORAZÓN IRREGULAR
TRANPLANTE DE MEDULA OSEA
HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA
CANCER DE MAMA
CANCER DE COLON
AFECION PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA
DEPRESION
DIABETES
ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL
REFLUJO

PERDIDA DE LA AUDICION
HEPATITIS
HIPERTENSION
HIV/ SIDA
HIPERCOLESTEROLEMIA
HIPERTIROIDISMO
HIPOTIROIDISMO
LEUCEMIA
CANCER DE PULMON
LINFOMA
CANCER DE PROSTATA
TRATAMIENTO DE RADIACION
CONVULSIONES
APOPLEJIA

NINGUNO DE ESTOS

DEMÁS:

HISTORIA DE CIRUGIA PASADO: (CIRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

APENDICE (APENDECTOMIA)
VEJIGA (CYSTECTOMIA)
MAMA: BIOPSIA DE PECHO
MAMA: TUMORECTOMIA (AMBOS MAMAS)
MAMA: TUMORECTOMIA (MAMA IZQUIERDA)
MAMA: TUMORECTOMIA (MAMA DERECHO)
MAMA: MASTECTOMY (AMBOS MAMAS)
MAMA: MASTECTOMY (MAMA IZQUIERDA)
MAMA: MASTECTOMY (MAMA DERECHO)
COLON (COLECTOMIA): RESECCION DE CANCER DE COLON
COLON (COLECTOMIA): DIVERTICULITIS
COLON (COLECTOMIA): ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL
COLON: COLOSTOMIA
VESICULA BILIAR (COLECYSTECTOMIA)

CORAZON: REEMPLAZO DE LA VALVULA BIOLOGICA
CORAZON: CIRUGIA DE DERIVACION DE LA ARTERIA CORONARIA
CORAZON: TRANSPLANTE DEL CORAZON
CORAZON: REEMPLAZO VALVULA MECANICO
CORAZON: ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL
PERCUTANEA
REEMPLAZO DE ARTICULACIONES: CADERA (AMBOS)
REEMPLAZO DE ARTICULACIONES: CADERA (IZQUIERDA)
REEMPLAZO DE ARTICULACIONES: CADERA (DERECHO)
REEMPLAZO DE ARTICULACIONES: RODILLA (AMBOS)
REEMPLAZO DE ARTICULACIONES: RODILLA (IZQUIERDA)
REEMPLAZO DE ARTICULACIONES: RODILLA (DERECHO)
RINON: BIOPSIA DEL RINON

RINON: REMOCION DE CALCULOS RENALES
RINON: TRANSPLANTE DE RINON
RINON: NEFRECTOMIA
HIGADO: HEPATECTOMIA
HIGADO: TRASPLANTE DE HIGADO
HIGADO: SHUNT
OVARIO: (OOFORECTOMIA): ENDOMETRIOSIS
OVARIO: (OOFORECTOMIA): CANCER DE OVARIOS
OVARIO: (OOFORECTOMIA): QUISTE OVARICO
OVARIO: LIGADURA DE TROMPAS
PANCREAS: PANCREATECTOMY
PROSTATA: (PROSTATECTOMY): BIOPSIA DE PROSTATA

PROSTATA: (PROSTATECTOMY): CANCER DE PROSTATA
PROSTATA: (PROSTATECTOMY): RESECCION
TRANSURETRAL DE LA PROSTATA
RECTO: RESECCION PERINEAL ABDOMINAL
RECTO: RESECCION ANTERIOR BAJA
PIEL: BASAL CELL CARCINOMA
PIEL: MELANOMA
PIEL: SKIN BIOPSY

PIEL: CARCINOMA DE CELULAS BASALES
BAZO (ESPLENECTOMIA)
TESTICULOS (ORQUIECTOMIA)
UTERO (HISTERECTOMIA): FIBROIDE
UTERO (HISTERECTOMIA): CANCER DE UTERO
UTERO (HISTERECTOMIA): CANCER DE CUELLO UTERINO

NINGUNA DE LAS ANTERIORES

OTRAS:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE LA PIEL: (CIRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

ACNE	CUERO CABELLUDO ESCAMOSO O PICAZON
QUERATOSIS ACTINICA	FIEBRE DE HENO/ALERGIAS
ASMA	MELANOMA
CANCER DE PIEL DE CELULAS BASALES	HIEDRA VENENOSA
AMPOLLAS DE LAS QUEMADURAS SOLARES	PRECANCEROSAS TOPOS
PIEL SECA	SORIASIS
ECZEMA	CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS
OTRAS:	NINGUNA DE LAS ANTERIORES

USAS BLOQUEADOR SOLAR?: **SI / NO**

SI LA RESPUESTA AS SI, QUE ES EL SPF?: _____

SE A USADO UN SALON PARA BRONCEAD EL CUERPO?: **SI / NO**

TIENES UNA HISTORIA FAMILIAR DE MELANOMA? **SI / NO**

SI LA REPUESTA ES SI, CUAL FAMILIAR?

*** MEDICAMENTOS:**

Marque aqui si ninguno _____.

*** ALERGIAS:**

Marque aqui si ninguno _____.

EL CONSUMO DE TOBACO: (CIRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

CADA DIA FUMADOR	ALGUN DIA FUMADOR (TOBACO)
ALGUN DIA FUMADOR (CIG ARRILLO)	EX FUMADOR
NUNCA UN FUMADOR	

DETALLES DE LA HISTORIA SOCIAL: (CIRCULO TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

NO SEXUALMENTE ACTIVOS	ALCOHOL: NINGUNO
RELACIONES SEXUALES CON UNA PAREJA	ALCOHOL: MENOS DE UN TRAGO POR DIA
RELACIONES SEXUALES CAN MAS DE UNA PAREJA	ALCOHOL: 1-2 POR DIA
PAREJA DEL MISMO SEXO	ALCOHOL: 3 O MAS BEBIDAS POR DIA
USO DE DROGAS	PACIENTE SE SIENTE SEGURO EN CASA
USO DE DROGAS INTRAVENOSAS	PACIENTE SE SIENTE INSEGURO EN SU CASA

CON QUE FRECUENCIA HACES EJERCICIO?: (CIRCULO LA MEJOR RESPUESTA)

VARIAS VECES AL DIA
UNA VEZ AL DIA
UNAS VECES A LA SEMANA
UNAS VECES AL MES
NUNCA

CUAL ES SU USO DE LA CAFEINA?: (CIRCULO LA MEJOR RESPUESTA)

VARIAS VECES AL DIA
UNA VES AL DIA
UNAS VECES A LA SEMANA
UNAS VECES AL MES
NUNCA

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____