

# REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

## ADVANCED DERMATOLOGY CENTER

BELMINA N. MICHAEL, M.D.

## ADVANCED UROLOGY CENTER

ALAN Y. SADAH, M.D., FACS

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ No. de Identif. del Paciente/SS/HIC \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre  
Dirección \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Menor de Edad  
 Separado(a)  Divorciado(a)  Ha vivido con su pareja por \_\_\_\_ años  
Empleador o Escuela del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador o Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador o Escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Persona Responsable Empleada por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_  
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

### SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional?  Sí  No  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_  
Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Suscriptor Empleado por \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_  
Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_  
Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

### TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente al  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros  
Dr. \_\_\_\_\_ los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serían pagaderos a mí por servicios prestados.  
Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las  
reclamaciones que se presenten ante el seguro.  
El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro  
nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los  
servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha indicada a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Referido Por: Dr. \_\_\_\_\_ Familiar (nombre): \_\_\_\_\_ Amigo/a (nombre): \_\_\_\_\_

Otro (nombre de persona o servicio): \_\_\_\_\_

**Historia Medica:**

En sus propias palabras, describa la razon de su visita: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo a sufrido con este problema: \_\_\_\_\_

Sintomas (describa la molestia): \_\_\_\_\_

Por favor de describer los tratamientos que a recibido por este problema: \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los medicamentos que toma: \_\_\_\_\_

Por favor avisinos si tiena algun tipo de alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_

Erupcion de la piel? (Si/No) Hinchazon? (Si/No) Sibilancia? (Si/No) Malestar estomacal? (Si/No)

Alguna vez ha visto a un doctor para problemas de la piel? \_\_\_\_\_

Ha tenido la piel, mucosas, pelo, unas o no los sintomas enumerados mas arriba? \_\_\_\_\_

Ha tenido alguno de los siguientes?

	Yes	No		Yes	No
Marcapasos	___	___	Enfermedades psiquiatricas	___	___
Enfermedades del Corazon	___	___	Epilepsia/Convulsiones	___	___
Soplo Cardiaco	___	___	La tuberculosis	___	___
Prolapso de la valvula mitral	___	___	Cancer (diagnostico)	___	___
Insuficiencia Mitral	___	___	Presion arterial alta	___	___
Valvula cardiac de reemplazo	___	___	Enfermedad de la tiroides	___	___
Reemplazo de articulaciones	___	___	Anemia	___	___
Enfermedad pulmonary (diagnostico)	___	___	Enfermedad de los ojos (diagnostico)	___	___
Enfermedad Hepatica (diagnostico)	___	___	Deficiencia immune (SIDA)	___	___
La terapia de rayos X para la piel	___	___	La Hepatitis B	___	___
Enfermedades gastrointestinales	___	___	La Hepatitis C	___	___

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Mujer:** Estas embarazada o si planea quedar embarazado pronto?

Toda la historia de la ficalizacion de drogas, el alcohol, el consumo de tabaco? (en caso afirmativo por favor marque todas las que apliquen)

Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Dejar de fumar? (Si/No)

Historia personal: (educacion)/(empleo actual) (casados) (soltero/a): \_\_\_\_\_

Pasado la historia medical familiar y la familia la historia social: \_\_\_\_\_

Por favor, una lista de todos los ultimos grandes enfermedades y de las operaciones y la fecha: \_\_\_\_\_

Hay un historial familiar de (por favor marquee) el melanoma, cancer de la piel, asma, fiebre del heno, eczema, psoriasis, caída del cabello, la diabetes, el acné adulto, enfermedad genetica? Otro: \_\_\_\_\_

Cuando usted esta expuesto a la luz del sol:

Siempre se quema                      A veces se quema                      Usual se quema,                      Nunca se quema

Rev (                      ) Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_