

ARIZONA SKIN & LASER THERAPY INST. LTD

FORMA DE REGISTRACION PARA NUEVO PACIENTE

INFORMACION PERSONAL

Nombre _____
First Name Initial Last Name Prefer to be Called

Fecha De Nacimiento ___ / ___ / ___ Sexo M F Seguro Social # _____ - _____ - _____
MM DD YY

Marital Status Single Married Divorced/Separated Widowed

Numeros de telefono

Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Direccion _____
Street Apt City State Zip

E-Mail Address _____

ASEGURANZA MEDICA PRIMARIA

Insurance Co. _____ ID# _____

Policyholder: Name _____ Date of Birth _____ Group# _____

Relationship Self Spouse Child Other Employer _____

ASEGURANZA MEDICA SECUNDARIA

Insurance Co. _____ ID# _____

Policyholder: Name _____ Date of Birth _____ Group# _____

Relationship Self Spouse Child Other Employer _____

MEDICO FAMILIAR

Full name: _____ Phone (if known) () _____

Did this doctor refer you? Yes No If no, how did you find us? _____

FARMACIA PREFERIDA

Name _____ Address _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relationship _____

Phone () _____ Other () _____

ARIZONA SKIN & LASER THERAPY INST. LTD

HISTORIA Y FORMULARIO DE ADMISION

Antecedentes medicos

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> coronaria | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Protesis Artificiales | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Leusemia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cancer del pulmon |
| <input type="checkbox"/> Atrial Fibracion | <input type="checkbox"/> Renal en etapa | <input type="checkbox"/> Limfoma |
| <input type="checkbox"/> Presion Alta | <input type="checkbox"/> final | <input type="checkbox"/> Markapasos |
| <input type="checkbox"/> Medula Osia | <input type="checkbox"/> ERGI | <input type="checkbox"/> Cancer del prostata |
| <input type="checkbox"/> Transplantes | <input type="checkbox"/> Perdida de audicion | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiacion |
| <input type="checkbox"/> Cancer del seno | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Convulciones |
| <input type="checkbox"/> Cancer del colon | <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Cardio Pulmular | <input type="checkbox"/> AIDS/SIDA | <input type="checkbox"/> Reemplazo de valvulas |
| desordenes | <input type="checkbox"/> Hipercolesteronemia | <input type="checkbox"/> Nada |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

Antecedentes quirurgicos pasado

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Biopsia del rinon |
| <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Remocion del rinon |
| <input type="checkbox"/> Mastectomia | <input type="checkbox"/> calculo renales |
| <input type="checkbox"/> Limpectomia | <input type="checkbox"/> Transplante renal |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de seno | <input type="checkbox"/> Remocion de ovarios endometriosis |
| <input type="checkbox"/> Reduccion de busto | <input type="checkbox"/> Remocion de ovarios: quiste |
| <input type="checkbox"/> Implantes protesis de busto | <input type="checkbox"/> Remocion de ovarios: Cancer ovario |
| <input type="checkbox"/> Coliesistectomia | <input type="checkbox"/> Remocion de prostata: Cancer |
| <input type="checkbox"/> Coliesistectomia: Diverticlitis | <input type="checkbox"/> Biopsia de prostata |
| <input type="checkbox"/> Extirpado la vesicula biliar | <input type="checkbox"/> Transuretral reseccion de la prostata |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Biopsia de piel |
| <input type="checkbox"/> Arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Cancer de celulas basales |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria | <input type="checkbox"/> Serugia de melanoma |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de la valvula | <input type="checkbox"/> Remocion del vaso |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de la valvula biologica | <input type="checkbox"/> Remocion testicular |
| <input type="checkbox"/> Transplante del corazon | <input type="checkbox"/> Histerectomia: Fibrosis |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> Histerectomia: Cancer uterino |
| <input type="checkbox"/> unltimos dos anos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nada |
| | <input type="checkbox"/> |

HISTORIAL DE ENFERMEDAD DE LA PIEL

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Queratosis actinica | <input type="checkbox"/> Cuero cabelludo | <input type="checkbox"/> Cancer de celulas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> escamosas |
| <input type="checkbox"/> Cancer de celluas basales | <input type="checkbox"/> Melanoma | <input type="checkbox"/> Nada |
| <input type="checkbox"/> Abrasador | <input type="checkbox"/> La hiedra venenosa | |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras | <input type="checkbox"/> Lunares precancerosos | |
| <input type="checkbox"/> Piel seca | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Protecootr solar? Si No

Si es asi, cual SPF? _____

Usted se broncea en salon? Si No

Tiene usted un historial familia de melanoma? Si No

Si es asi, cual de sus familiares? _____

MEDICAMENTOS

(Please enter all current medications)

ALERGIAS

(Please enter all allergies)

HISTORIA SOCIAL

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fumo - Diario | <input type="checkbox"/> Nunca a fumado |
| <input type="checkbox"/> Fumo - No Diario | <input type="checkbox"/> Drogas recreativas |
| <input type="checkbox"/> A fumado | <input type="checkbox"/> Nada |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | |
| <input type="checkbox"/> Otro | |

REVISION DE LOS SISTEMAS

Usted experimenta cualquiera de los siguientes?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Lidocaina Alergia | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Epinefrina Sensibles | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Marcapasos/Desfibrilador | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Diluyentes de la sangre | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Alergia al adhesivo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Alergia a antibioticos topicos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Embarazada o planea un embarazo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Fiebre o escalofrios | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Perdida de peso involuntaria | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor en las articulaciones dolor | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Debilitamiento del sistema inmunologico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Alergias fiebre del heno | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Cicatrices/Queloides | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Falta de aliento | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Tos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ansiedad | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Depresion | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Problemas de vision | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Hoja de comunicacion con el paciente

Nombre de
Paciente: _____

Fecha: _____

**Las siguientes instrucciones se refieren al
paciente antes mencionado**

_____ SE PUEDE LLAMAR A CASA Y DEJAR MENSAJES

_____ NO DEJAR MENSAJES

_____ NO LLAME A TELEFONO DE CASA

UNICA LLAMADA A ESTE NUMERO _____

_____ NO HABLAR CON MIEMBROS DE LA FAMILIA

_____ PERMISO PARA HABLAR CON MIEMBROS DE LA
FAMILIA, SE ENUMERAN A CONTINUACION:

FIRMA DEL PACIENTE:

Nuestra Política

Nuestra política requiere que usted de un aviso de 24 horas para una cita cancelada. Si usted no cancela su cita habra una cuota de \$35.00. Este sera el unico responsable de que el paciente pague, no el seguro.

Pacientes que no muestran por tres citas consecutivas, sera dado de alta de la practica.

He leído y entiendo y estoy de acuerdo con esta política.

Paciente o el tutor firma

Fecha

ARIZONA SKIN & LASER THERAPY INST. LTD

WE APPRECIATE THE OPPORTUNITY OF SERVING YOU.
WE PLEDGE TO GIVE YOU OUR VERY BEST MEDICAL CARE.

INSURANCE POLICY:

Insurance provides for your reimbursement on allowed medical charges. As a courtesy to you we will provide an itemized statement you may send to your insurance company for payment. We will be happy to submit to most insurance carriers, if you have provided us with your policy numbers, address, place of employment and any other pertinent information. You are responsible for all deductibles and charges not covered by insurance. Please understand we cannot, as a third party, become involved in prolonged insurance negotiations, this is your responsibility.

I authorize the release of any medical information necessary to process any claim. I permit a copy of the authorization to be used in place of the original. Either my insurance company or I may revoke the authorization at any time in writing.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS:

I authorize the Doctor to release any medical information including diagnosis, x-rays, test results, reports and records pertaining to any treatment or examination rendered to me. I understand that this medical information may be used for any of the following purposes: diagnostic, insurance, legal, and at times when the Doctor deems it necessary in order to receive these medical records will not release any of the medical information obtained by authorization signed by me for release of the information.

SIGNED: _____ DATE: _____

IN CASE OF EMERGENCY CONTACT:

Name: _____

Phone Number: _____

Relationship: _____

Address: _____