

Información del paciente (Imprima de forma legible)

Correo electrónico: _____

Nombre: (Primero, Medio, Apellido) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ (Ciudad, Estado, Código postal)

Seguro Social o Licencia de conducir #: _____ Sexo: M F Estado civil: soltero Casado Viuda Divorciado

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____ Nombre preferido: _____

Nombre de la doncella: _____ Situación laboral: Empleado Estudiante a tiempo parcial Estudiante de tiempo completo

Información sobre el empleo

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ (Ciudad, Estado, Código postal): _____

Información de la Parte Responsable

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ (Ciudad, Estado, Código postal): _____

Seguro Social #: _____ Teléfono de la Parte Responsable: _____ Relación con el paciente: _____

Información del seguro

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Seguro Social#: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Grupo #: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____ (Ciudad, Estado, Código postal)

Información del cónyuge

Nombre: (Primero, Medio, Último) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ (Ciudad, Estado, Código postal): _____

Seguro Social #: _____ Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Relativo al contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ (Ciudad, Estado, Código postal)

¿Cómo se refirió a nuestra oficina?

Por abogado Por un médico Por un paciente Páginas amarillas Otro _____

Por favor, imprima el nombre de su fuente:

Consentimiento para el Tratamiento / Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios

Doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios médicos y de atención médica que pueden incluir procedimientos de diagnóstico, examen y tratamiento.

Por la presente cedo, transfiero y comercializo a Kathleen L Behr MD todos mis derechos, título e intereses a mis beneficios de reembolso médico bajo mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que yo notifique por escrito dicha autorización.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi plan de seguro y todos los saldos deben ser pagados en su totalidad antes de recibir servicios cosméticos y/o comprar productos.

Las citas de servicio cosmético requieren un depósito en el momento de la programación y al menos un aviso de cancelación de 48 horas, de lo contrario su depósito se perderá.

Certifico que he leído este formulario y entiendo su contenido.

Paciente u otra persona legalmente autorizada:

Fecha: _____

Política de la Oficina de Confidencialidad del Paciente

I. Objetivo:

Proporcionar un control para el mantenimiento y la divulgación de la información de salud del paciente.

Política:

El registro sanitario es propiedad de Kathleen L Behr M D y se mantendrá para atender al paciente, al transportista sanitario y a Kathleen L Behr M D de acuerdo con los requisitos legales, de acreditación y de la agencia reguladora. La información contenida en el registro de salud pertenece al paciente, y el paciente tiene derecho al derecho protegido de su información. Toda la información de atención al paciente se considerará confidencial y estará disponible solo para usuarios autorizados. **III. Recopilación de datos:**

Todas las personas que participen en la recopilación, manipulación o divulgación de la información de salud del paciente serán su responsabilidad de proteger los datos del paciente y de la pena por violación de este fideicomiso. La violación comprobada de la confidencialidad de la información del paciente será la causa de la terminación inmediata del acceso a más datos, con la posible terminación de cualquier relación empleado-empleador sin opción de volver a contratar. **IV. Almacenamiento:**

- a) Todos los registros sanitarios primarios que se mantengan en papel se alojarán en zonas físicamente seguras. Todos los registros computarizados de salud de los pacientes se otorgan al mismo alto nivel de confidencialidad dado a los registros guardados manualmente y todas las políticas aquí establecidas se aplican a los registros de salud informatizados del paciente, así como a los registros guardados manualmente.
- b) Los registros de salud primarios (de esta oficina) y los registros de salud secundarios (registros obtenidos de otro médico) se conservarán de acuerdo con los requisitos legales, de la agencia de acreditación y regulador.
- c) Los registros de salud originales no pueden ser retirados de las instalaciones, excepto bajo una orden judicial, solicitud del médico, o para ser almacenados en una unidad de almacenamiento externa.
- d) El gerente de la oficina controlará el acceso a las áreas que albergan registros de información sanitaria, con excepción del médico.
- e) Los registros de atención médica no se dejarán desatendidos en áreas accesibles para personas no autorizadas.

V.

Acceso:

- a) Todas las solicitudes de registros sanitarios se dirigirán al Administrador de la Oficina. La autorización para el acceso a la información del paciente es una base sobre la necesidad de saber para proporcionar atención médica y servicios relacionados requeridos por el paciente. Todos los empleados deberán mantener información en la más estricta confianza, compartiéndola sólo con otras personas que tienen la necesidad de conocerla para proporcionar servicios al paciente. Protegerán contra la divulgación involuntaria de información evitando la discusión de la información del paciente en las zonas públicas.
- b) La divulgación de información del registro sanitario se llevará a cabo de conformidad con todos los requisitos legales, de acreditación y de agencia reguladoras aplicables, y de conformidad con la política institucional escrita.
- c) No se permitirá el acceso directo a los registros de salud de los pacientes para funciones administrativas rutinarias, incluida la facturación, excepto cuando los empleados sean instruidos en políticas de confidencialidad y sujetos a sanciones derivadas de la violación de estos

III.a.

- d) Toda la información contenida en el registro de salud es confidencial y la divulgación de información estará estrechamente controlada. Médica

los registros se publicarán cuando:

1. Es requerido por la ley
 2. Para su liberación a otro proveedor de atención médica actualmente involucrado en el cuidado del paciente
 3. Para la evaluación de la atención médica
 4. Para la investigación y la educación
 5. Para encuestas de acreditación
- e) Los registros sanitarios se pondrán a disposición de las personas que hayan obtenido la aprobación de su investigación por parte del personal correspondiente. Los datos cumplidos como parte de los estudios de investigación no pueden incluir la identidad del paciente u otra información que pueda identificar al paciente a menos que se haya obtenido una autorización previa.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Con mi firma a continuación, reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de Privacidad Prácticas para Kathleen L. Behr M.D. y Behr Laser & Skin Center.

Nombre del Paciente o Representante Personal

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Historial Médico del Paciente / Actualización

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Usa protector solar todos los días? Sí No Si es así, ¿qué SPF? _____

¿Tiene un régimen de cuidado de la piel en el hogar de grado médico? Sí No

Cuando está expuesto a la luz solar, ¿:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siempre quemar | <input type="checkbox"/> Por lo general, se queman, rara vez broncean |
| <input type="checkbox"/> A menudo se queman, se broncean lentamente | <input type="checkbox"/> A veces se queman, se broncean bien |
| <input type="checkbox"/> Rara vez se queman, siempre broncean | <input type="checkbox"/> Nunca se queme, broncearse profundamente |

Historia médica: (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Queratosis actínica | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Desequilibrio hormonal |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmunitario: (RA, lupus, ms etc.) | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| Especificar trastorno: _____ | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Carcinoma de células escamosas |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma basocelular | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Anormalidades en la coagulación de la sangre | <input type="checkbox"/> Hepatitis: _____ | <input type="checkbox"/> Atizar |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea u órgano | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |

¿Tiene algún otro problema de salud o condiciones médicas que no estén en la lista? _____

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico: Sí No En caso afirmativo, para qué? _____

¿Tiene una infección activa? Sí No

¿Ha tenido una infección reciente de los senos paranasales o de las vías respiratorias? Sí No

¿Ha tenido trabajo dental y/o limpieza en las últimas 2 semanas? Sí No

¿Está programado para el trabajo dental y / o limpieza dentro de las 2 semanas después de sus inyecciones cosméticas? Sí No

Cirugías pasadas: (Marque todo lo que corresponda. Lista de fecha y tipo de cirugía)

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Corazón: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Conjunta: _____ | <input type="checkbox"/> Trasplante: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Splenectomy: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Tiene un marcapasos o desfibrilador? Sí No

¿Tienes algún metal en tu cuerpo? Sí No

Alergias: (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No se conocen alergias a medicamentos | <input type="checkbox"/> Alergias orales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Alergias tóxicas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Adhesivo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Historial Médico del Paciente / Actualización

Medicamentos: (Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo vitaminas de venta libre)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia Social:

Estado de fumar: Actual Anterior Nunca

Consumo de alcohol: Ninguno Menos de 1 bebida al día 1-2 bebidas al día 3 + por día

Historia familiar: (Marque todo lo que corresponda, escriba la relación de miembro de la familia; es decir, padre, hermano, hijo, etc.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adoptado | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel no melanoma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema: _____ | <input type="checkbox"/> Melanoma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Revisión de symptoms: (General: Marque todos los que apliquen)

- Fiebre Escalofríos Cambio de peso Jaquecas Tos Ninguno

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No Lactancia materna? Sí No

Está tomando anticoagulantes (NSAIDS, aspirina, aceite de semilla de pescado/lino, vitamina e) ahora o en la semana pasada?

Sí No

Tratamientos cosméticos anteriores: (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Botox | <input type="checkbox"/> Rellenos | <input type="checkbox"/> Láseres: _____ |
| <input type="checkbox"/> Contorno corporal | <input type="checkbox"/> Micro-necesidad | <input type="checkbox"/> Blefaroplastia |
| <input type="checkbox"/> Hilos | <input type="checkbox"/> Cirugía estética | <input type="checkbox"/> Exfoliaciones químicas |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | <input type="checkbox"/> Ninguno |

¿Con qué podemos ayudarle hoy? _____

Firma del paciente (o parte responsable)

Fecha: