

**Registro de información del paciente.
IMPRIMA toda la información**

N.º DE CUENTA DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N.º DE TELÉFONO RESIDENCIAL	N.º DE TELÉFONO LABORAL	N.º DE TELÉFONO CELULAR O ALTERNATIVO	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			
GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viudo	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
		¿ALGUNA VEZ FUE PACIENTE DE ESTE CONSULTORIO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO?	
OCUPACIÓN		EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO			
NOMBRE DEL CÓNYUGE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE	
CONDICIÓN DE ESTUDIANTE A tiempo completo A tiempo parcial No soy estudiante	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO

PERSONA ENCARGADA DEL PAGO QUE NO SEA EL PACIENTE

NOMBRE	PARENTESCO		
DIRECCIÓN			
OCUPACIÓN	EMPLEADOR	TELÉFONO	
DIRECCIÓN		N.º DE TELÉFONO LABORAL	

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO PRIMARIO		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
N.º DE MEDICARE	N.º DE MEDICAID	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO		
COMPañÍA DE SEGURO	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
N.º DE GRUPO	N.º DE IDENTIFICACIÓN/CERTIFICACIÓN/PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Asignación de beneficios:

Por el presente, asigno y autorizo a mi compañía de seguro, incluido Medicare, otros seguros patrocinados por el gobierno de los cuales puedo recibir cobertura o todos los pagadores comerciales a realizar pagos en mi nombre directamente a Anne Arundel Dermatology. También asigno cualquier beneficio de Medigap que se deba pagar directamente a mi proveedor. Permito el uso de una copia de esta autorización en lugar del original.

Firmado _____

Fecha _____

***Se pueden aplicar cargos por no presentarse o cancelar sin previo aviso. Inicio _____ Fecha _____ ***

¿Cómo se enteró de Anne Arundel Dermatology, P.A.?

Radio Sitio web de seguros Revista Búsqueda de Google Redes sociales Familiar/amigo Referencia de un médico Otro: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento general/Acuerdo de servicios para pacientes ambulatorios

El presente formulario es válido para todos los establecimientos donde Anne Arundel Dermatology brinde servicios profesionales. Todos los pacientes nuevos deben completar este formulario y, luego, como mínimo, una vez por año o cada vez que haya cambios en el seguro del paciente.

1. **CONSENTIMIENTO RESPECTO DEL TRATAMIENTO:** I Doy mi consentimiento para recibir los servicios de atención médica o cosmética provistos por las entidades bajo el nombre Anne Arundel Dermatology (Anne Arundel Dermatology, AAD). Entiendo que tales servicios podrían incluir, entre otros, examen y tratamiento de trastornos cutáneos, criocirugías, biopsias por rasurado, biopsias por punción u otras pruebas mínimamente invasivas a una lesión. También incluyen, el envió de muestras a servicios de patología o laboratorios para su diagnóstico. Autorizo la examinación, uso, almacenamiento y desecho de todos los tejidos, fluidos o muestras que se extraigan de mi cuerpo. Reconozco que no se me ha dado garantía ni promesa contractual alguna en cuanto al resultado o la cura de mi enfermedad. Entiendo que podría ser sometido a una prueba de VIH y tengo el derecho de abstenerme a realizarla. Entiendo que se me pedirá mi consentimiento para las pruebas de VIH, entre otras, en caso de haberse producido una exposición involuntaria de un trabajador de la salud.
2. **PAGO DE LOS SERVICIOS:** Entiendo que AAD podría facturarle a mi plan de salud por la atención que reciba. Acepto que los pagos procedentes de mi plan de salud podrían ir directamente a Anne Arundel Dermatology. Si recibo dichos pagos, entiendo que seré responsable de pagarle a AAD. Entiendo que debo abonar todo copago o cualquier otra parte de la factura que mi plan de salud me indique que deba pagar. Sé que posiblemente tenga que pagar este concepto antes de recibir tratamiento. Entiendo y acepto que si mi plan se niega a pagar la atención que brinda un hospital o un médico, yo seré responsable del pago. Entiendo que AAD me hará asumir la responsabilidad de pago ante cualquiera de las siguientes situaciones:
 - a. Cuando decida recibir un servicio que mi plan de salud cubre, pero para el cual no obtuve la debida orden de derivación o autorización de mi plan de salud.
 - b. Cuando decida no usar mi plan de salud y acepte pagar por los servicios prestados yo mismo. (Utilice el Formulario No facturarle al Seguro).
 - c. Cuando mi plan de salud no participe junto con AAD en la prestación de los servicios que yo deseo o necesito, y yo esté de acuerdo en pagar por tal atención yo mismo.
 - d. Cuando reciba servicios que no estén cubiertos por mi plan de salud, incluidos los servicios cosméticos.

Si mi plan de salud está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos Jubilatorios para Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) vigente en los EE. UU., acepto que AAD actúe en mi nombre para obtener mis beneficios siempre que AAD lo solicite. También estoy de acuerdo con que AAD pueda apelar por mí en caso de que el plan de salud se rehúse a pagar mi atención. Asimismo, entiendo que yo debo cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por mi plan de beneficios para empleados.

Entiendo que si no me presento a una cita programada y no aviso con anticipación al consultorio, pagaré un cargo por NO PRESENTARME de \$50.00. Si cancelo mi cita con anticipación o el mismo día en que está programada, esta será reprogramada sin costo alguno. Si cancelo la cita reiteradas veces, es posible que se me cobre un cargo por cancelación.

3. **CONSENTIMIENTO RESPECTO DE FOTOGRAFÍAS:**Entiendo que es posible que se realicen/registren fotografías, grabaciones de video, imágenes digitales o de cualquier otra índole para fines de identificación, tratamiento y pago. Autorizaré específicamente por escrito cualquier otro uso o difusión de mi imagen o grabación.
4. **EMISIÓN DE RECETAS ELECTRÓNICAS:** Autorizo a SureScripts, como red emisora de recetas médicas electrónicas, a difundir mi historial de resurtido de medicamentos a AAD a los efectos de la continuidad de mi tratamiento.
5. **MIS PERTENENCIAS PERSONALES:** Entiendo que soy responsable de mis pertenencias y objetos de valor personales.
6. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a los consultorios AAD a difundir mi información clínica por razones pertinentes al tratamiento, pago o intervenciones clínicas. La información relacionada con la atención médica brindada en encuentros anteriores en cualquier otro consultorio de AAD podría ponerse a disposición de posteriores consultorios afiliados a AAD a los efectos de poder coordinar la atención médica. La información clínica se podrá difundir a cualquier persona física o jurídica responsable del pago efectuado a nombre del paciente, con el fin de poder verificar cuestiones relacionadas con la cobertura o los pagos, o por cualquier otro motivo que guarde relación con el pago de un beneficio. La información relacionada con la atención médica también podrá compartirse con el apoderado de mi empleador siempre que los servicios prestados se relacionen con un reclamo fundado en la ley de accidentes de trabajo. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la difusión de mi información clínica a la Administración de la Seguridad

Social o a sus intermediarios o aseguradores para proceder con el pago de un reclamo de Medicare; o bien, a la respectiva agencia estatal competente para poder efectivizar el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, el historia clínica y examen físico, informes de laboratorio, informes operatorios, notas de progreso del médico, notas del enfermero y consultas.

Tanto las leyes federales como estatales podrían permitirle a este consultorio médico participar en organizaciones conformadas junto con otros proveedores de atención clínica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la salud, además de sus respectivos subcontratistas, con el objetivo de que estas personas o entidades puedan compartir mi información de salud entre ellas a los efectos de poder cumplir metas profesionales como las siguientes, entre otras: mejorar la precisión e incrementar la disponibilidad de mis historias clínicas; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información para poder mejorar la calidad del servicio; y cualquier otro fin avalado por ley. Entiendo que esta institución podría ser miembro de al menos una de esa clase de organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información respecto a trastornos psicológicos o psiquiátricos, afecciones relacionadas con discapacidades intelectuales, información genética, trastornos de dependencia farmacológica o enfermedades infecciosas, entre las cuales se pueden incluir las enfermedades de transmisión sanguínea, como el VIH y el SIDA.

DIVULGACIONES A FAMILIARES Y AMIGOS: Doy mi permiso para que mi Información de salud protegida se divulgue con el fin de poder comunicar resultados, hallazgos y decisiones relacionadas con la atención médica a mis familiares y otras personas que figuran a continuación:

	Name	Relationship	Contact Number
1:			
2:			
3:			

El paciente o su representante puede revocar o modificar esta autorización específica, siempre y cuando se efectúe por escrito.

7. CONSENTIMIENTO RESPECTO DE LA COMUNICACIÓN Y LA LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR TELEFÓNICO: Acepto que siempre que proporcione mis números de teléfono fijo o celular que figuran a continuación, estoy dando mi consentimiento explícito para que AAD y sus asociados, cesionarios, sucesores y agentes, puedan comunicarse conmigo a esos números, o a cualquier otro número telefónico que yo adquiera luego y para que dejen mensajes de voz en vivo o pregrabados, o bien, para que me envíen mensajes de texto respecto de la programación de citas, citas ya programadas, mis servicios o facturas. Para lograr una mayor eficiencia, tanto los llamados como los mensajes de texto podrán ser enviados por un discador automático. Me consta que, al dar mi consentimiento, podría recibir futuros llamados o mensajes de texto que transmitan mensajes pregrabados de manera directa o indirecta por AAD, o en su nombre. Su compañía telefónica podría aplicarle cargos por ello. Proporcionar un número de teléfono o celular no es una condición obligatoria para recibir los servicios.

Usted podría recibir mensajes de correo de voz, texto o correo electrónico para recordarle una cita, obtener su opinión sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, proporcionarle boletines informativos y promociones de marketing, y brindarle información de salud general. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones sobre salud en el número de teléfono o dirección de correo electrónico provisto. Este pedido de envío de mensajes de correo electrónico o de texto se aplica a las comunicaciones futuras salvo que solicite por escrito un cambio al respecto.

Teléfono residencial: _____ . Cell Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico autorizada: _____

(Iniciales) No deseo recibir comunicaciones a través de mensajes de texto.

(Iniciales) Opto por no recibir comunicaciones vía mensajes de correo electrónico.

Revocación

Por el presente revoco mi pedido de futuras comunicaciones a través de mensajes de correo electrónico o texto.

___ Por el presente, revoco mi pedido de recibir recordatorios de citas futuras, comentarios, promociones de marketing e información de salud general a través de mensajes de texto.

___ Por el presente, revoco mi pedido de recibir recordatorios de citas futuras, comentarios, promociones de marketing e información de salud general a través de correos electrónicos.

NOTA: La revocación solo se aplica a las comunicaciones procedentes de este consultorio.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

8. AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Reconozco que he recibido/revisado el Aviso sobre prácticas de privacidad de AAD. Entiendo que podría comunicarme con el encargado de privacidad en caso de tener alguna duda o queja. En la medida en que la ley lo permita, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso sobre prácticas de privacidad del consultorio.

Acepto los puntos tal como se describen en el Acuerdo.

Nombre (letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el paciente (paciente mismo/progenitor/representante personal): _____

Fecha: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Nombre del paciente: _____

Proveedor que deriva: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

Nombre de la farmacia: _____ **Número de teléfono de la farmacia:** _____

Dirección de la farmacia: _____

HISTORIA CLÍNICA Y FORMULARIO DE ADMISIÓN

Historia clínica anterior: (Marque con un círculo las opciones que correspondan)

Ninguna	Ninguna	Hipotiroidismo
Trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad	Enfermedad inflamatoria de leucemia hepática
Artritis	Presión sanguínea elevada	Linfoma maligno
Asma	Enfermedad renal en etapa terminal	Tumor maligno de pulmón
Fibrilación auricular	Epilepsia	Tumor maligno de mama
Hiperplasia prostática benigna	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Tumor maligno de colon
Accidente cerebrovascular	H / O: hipertensión	Tumor maligno de próstata
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Pérdida de la audición	Tratamiento del tratamiento con radioterapia
Enfermedad coronaria	Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana	Trasplante de médula ósea
Trastorno depresivo	Hipercolesterolemia	Otro: _____
Diabetes mellitus	Hipertiroidismo	_____
Enfermedad causada por 2019-nCoV		

¿Se ha sometido a una cirugía de alguno de los siguientes órganos? (Marque con un círculo las opciones que correspondan)

Ninguna	Historia de reemplazo de válvula cardíaca de injerto de tejido	Esplenectomía
Resección abdominal-perineal	Historia de cistectomía total	Biopsia quirúrgica de la piel
Reemplazo bilateral de articulaciones de rodilla	Antecedentes de prostatectomía transuretral	Nefrectomía total
Biopsia de seno	Histerectomía	Orquidectomía total
Biopsia de próstata	Biopsia de riñón	Reemplazo total de la articulación de la cadera izquierda
Cirugía de revascularización coronaria	Resección anterior baja del recto	Reemplazo total de la articulación de la rodilla izquierda
Riñón trasplantado completo	Lumpectomía de mama	Reemplazo total de la articulación de la cadera derecha
Escisión de carcinoma basocelular	Lumpectomía del seno izquierdo	Reemplazo total de la articulación de la rodilla derecha
Escisión de melanoma	Mastectomía del seno izquierdo	Trasplante de corazón
Escisión de carcinoma de células escamosas	Mastectomía del seno derecho	Trasplante de hígado
H / O: colostomía	Reemplazo mecánico de válvula cardíaca	Otro: _____
H / O: ligadura de trompas	Ooforectomía	_____
Historia de apendicectomía.	Pancreatectomía	_____
Historia de mastectomía bilateral	Extracción percutánea de cálculos renales con procedimiento de fragmentación	
Historia de colecistectomía	Operación de derivación	
Historia de la colectomía	Portosistémica	
Antecedentes de escisión hepática	Prostatectomía Artroplastia protésica de caderas bilaterales.	
Historia de transluminal percutáneo		

OTRO: _____

Vacunas: ¿Se ha aplicado las siguientes vacunas?

Vacuna: Fecha de la vacuna (si no está seguro, indique fecha aproximada):

Influenza (Gripe) _____

Neumonía _____

Varicela (Herpes Zoster) _____

Antecedentes de enfermedades de la piel: (marque con un círculo las opciones que correspondan)

Acné	Piel seca	Erupción por hiedra
Queratosis actínica (lesiones precancerosas)	Eczema	venenosa Lunares
Asma	Descamación o picazón en el cuero cabelludo	precancerosos Psoriasis
Cáncer de piel de células basales	Fiebre del heno/alergias	Cáncer de células escamosas
Quemaduras de sol con ampollas	Melanoma	Otro: _____

¿Usa protector solar? Sí No ¿qué factor de protección usa? _____

¿Se broncea en un salón de bronceado? Sí No

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? En caso afirmativo, ¿qué pariente(s)? _____

Antecedentes de hábitos sociales:

Condición de fumador: (Marque con un círculo una opción) Actualmente, fumo todos los días
Actualmente, fumo algunos días:
Productos derivados del tabaco
Actualmente, fumo algunos días:
Cigarrillos Exfumador

Nunca fumé
Fumador: Condición actual desconocida
No se sabe si alguna vez fumó
Fumador habitual de productos derivados del tabaco
Fumador ocasional de productos derivados del tabaco

Condición de consumidor de bebidas alcohólicas: (Marque con un círculo una opción)
Nunca tomé bebidas alcohólicas
Menos de una copa de bebida alcohólica por día
De 1 a 2 copas de bebida alcohólica por día
Más de 3 copas de bebida alcohólica por día

Ocupación: _____

Pasatiempos: _____

Antecedentes familiares: (marque con un cheque todas las opciones que correspondan)

Acné	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Artritis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Asma	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Diabetes	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Eczema	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Fiebre del heno/alergias	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Lupus	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Psoriasis	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno
Cáncer de piel no melanoma	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno

Revisión de sistemas: ¿Tiene o está experimentando alguno de los siguientes síntomas? (Marque con un círculo «Sí» o «No»)

Mole cambiante	Sí	No	Inmunosupresión	Sí	No	Alergia al adhesivo	Sí	No
Erupción	Sí	No	Fiebre del heno / alergias estacionales	Sí	No	Alergia a LATEX	Sí	No
Comezón	Sí	No	Alergias a los alimentos	Sí	No	Alergia a la clorhexidina	Sí	No
Perdida de cabello	Sí	No	Dolor de garganta	Sí	No	Alergia a la lidocaína	Sí	No
Lesiones acneiformes	Sí	No	herpes labial	Sí	No	Aumento de la frecuencia cardíaca con epinefrina	Sí	No
Problemas con la curación.	Sí	No	Cambios visuales	Sí	No	Aturdimiento o desmayo con los procedimientos	Sí	No
Problemas con cicatrices (hipertróficas o queloides)	Sí	No	Irritación de ojo	Sí	No	Alergia a la pomada antibiótica tópica	Sí	No
Fiebre o escalofríos	Sí	No	Dolores de cabeza	Sí	No	GI molesto con antibióticos	Sí	No
Sudores nocturnos	Sí	No	Convulsiones	Sí	No	Valvula cardiaca artificial	Sí	No
Fatiga	Sí	No	Depresión	Sí	No	Articulación artificial en los últimos dos años.	Sí	No
Pérdida de peso involuntaria	Sí	No	Ansiedad	Sí	No	Premedicación previa a los procedimientos.	Sí	No
Dolores en las articulaciones	Sí	No	Cambio de humor	Sí	No	Anticoagulantes	Sí	No
Dolores musculares	Sí	No	Sensibilidad en los senos	Sí	No	Desfibrilador	Sí	No
Debilidad muscular	Sí	No	Irregularidades menstruales	Sí	No	Marcapasos	Sí	No
Problemas de sangrado	Sí	No	Problemas tiroideos	Sí	No	Historia de MRSA	Sí	No
Antecedentes de trastorno de coagulación / aumento de la coagulación.	Sí	No	Dolor abdominal	Sí	No	Hepatitis	Sí	No
Nariz sangra	Sí	No	Náusea	Sí	No	VIH / SIDA	Sí	No
Tos	Sí	No	Vómitos	Sí	No	Embarazo o planeando un embarazo	Sí	No
Sibilancias	Sí	No	Diarrea	Sí	No	Actualmente amamantando	Sí	No
Historia de la tuberculosis latente	Sí	No	Heces con sangre	Sí	No			

Medicamentos

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, incluidos los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas, minerales y suplementos. **Si actualmente no toma medicamentos, escriba NINGUNO o N/C.**

Si usted ha sido atendido en los últimos 6 meses **Y** nos entregó su lista de medicamentos en ese momento **Y** su lista de medicamentos no ha cambiado, marque la casilla y no complete la lista de medicamentos.

Nombre del medicamento recetado	Dosis	Vía	Frecuencia
Ejemplo: Lipitor (20 mg)	1 tablet	Oral	Una vez por día

Medicamento de venta libre	Dosis	Vía	Frecuencia
Ejemplo: Aceite de pescado (1000 mg)	1 tablet	Oral	Una vez por día

**CUESTIONARIO DEL SISTEMA DE PAGO DE
INCENTIVOS BASADO EN EL MÉRITO
(MERIT-BASED INCENTIVE PAYMENT
SYSTEM, MIPS)**

Fecha de hoy: _____

Cuestionario para el paciente

1. ¿Fuma productos derivados del tabaco? **Fumador habitual/exfumador/nunca fumé**
(Marque con un círculo una respuesta)

2. ¿Se ha aplicado una vacuna contra la influenza durante la temporada de
gripe (de agosto de 2019 a marzo de 2020 o de agosto de 2020 a marzo de 2021)?

Sí / No

En caso negativo, seleccione el motivo: Me rehusé / Soy alérgico

Para pacientes mayores de 65 años

3. ¿Alguna vez se ha aplicado una vacuna contra la neumonía
(Pneumovax 23 o Prevnar 13)?

Sí / No (Marque con un círculo una respuesta)

4. ¿Tiene un poder de atención médica en caso de que no
pueda tomar sus propias decisiones médicas?

Sí / No (Marque con un círculo una respuesta)

5. ¿Tienes un testamento en vida? **Sí / No** (Marque con un círculo una respuesta)

6. Qué afirmaciones reflejan mejor sus deseos en atención avanzada
recomendaciones? (Por favor marque todos los que apliquen)

- No intubar:** No deseo tener un tubo de respiración, incluso si es necesario para salvarme la vida.
- No resucite:** Si mi corazón se parara, no deseo tener compresiones torácicas o un desfibrilador externo automático para reiniciar mi corazón, incluso si es necesario para salvarme la vida.
- Reanimación cardiopulmonar completa:** Quiero que se realicen esfuerzos completos de reanimación cardiopulmonar.

Nombre del paciente: _____ Fecha De Nacimiento _____

Médico de atención primaria: _____

Acceso al portal del paciente

Proporcionémos su dirección de correo electrónico para poder acceder a estas increíbles funciones:

- Comunicación con su proveedor a través de correos electrónicos
- Visualización de las notas de la cita
- Actualización de su lista de medicamentos
- Actualización de su historia clínica
- Visualización de materiales de educación para el paciente
- Adición de su farmacia favorita para recetas electrónicas

* En un plazo de 24 horas, recibirá un correo electrónico que dice “Se realizó una solicitud para activar su portal de pacientes con Anne Arundel Dermatology and Affiliate Practices”

* Siga los enlaces en el correo electrónico para configurar su portal de pacientes. El enlace caducará exactamente en 24 horas después de recibir el correo electrónico. Póngase en contacto con nuestra oficina si su enlace caduca antes de activar su cuenta.

* *El correo electrónico vendrá de Modernizing Medicine, que es nuestro software médico electrónico*

Consentimiento para el portal del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento : ____ / ____ / ____ Dirección de correo electrónico: _____

No me envíen anuncios ni ofertas ocasionales.

Marque si desea rechazar el acceso al portal del paciente.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____