

Forma de Registro de Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha/Nac: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

#Tel casa: _____ No. Tel Oficina: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

#Seg. Social del paciente: _____ Género: M/ F Raza _____ Estado civil: _____

¿Razón de su visita? _____

¿A quién debemos agradecer por referirle con nosotros? _____

Nombre y teléfono/Contacto de emergencia: _____

Dirección/Contacto de emergencia: _____

Compañía para la que trabaja: _____

Dirección de la Compañía para la que trabaja: _____

También estoy interesado en: _____ Tratamientos/cuidado de la piel _____ Productos/cuidado de la piel

_____ Peeling químicos _____ Relleno dérmico Radiesse® _____ Relleno dérmico Juvederm

_____ Reductor de arrugas Botox® _____ otro: _____

Autorización para divulgar información/Autorización de pago:

Por la presente autorizo a Larry C. Leverett M.D. para compartir cualquier información que pudiera ser requerida por mi compañía de seguro, si aplica, para procesar y presentar reclamo relacionado con mi cuidado proporcionado por Dr. Leverett. También autorizo a mi compañía de seguro pagar a Dr. Larry Leverett, M.D. directamente los beneficios médicos/quirúrgicos, de lo contrario, soy responsable de pagar por dichos servicios.

Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, incluyendo cargos negados por mi compañía de seguros, si aplica. Además, estoy de acuerdo en pagar cualquier balance cobrado dentro de 30 días o mi cuenta puede ser enviada a la agencia de cobros. Las cuentas enviadas a cobro incurrirán en un 30% del balance para propósito de comisión de cobro. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos de costo de Abogado y corte incurridos para hacer cumplir el cobro de cualquier cantidad pendiente.

Firmado por: (Paciente o Padre, si es menor de edad) _____ **Fecha:** _____

Historial Médico del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Edad _____ Altura _____ Peso _____ Sexo: H / M No. de hijos _____

Alergia a medicamentos y alimentos:

Médico principal: _____ Teléfono: _____

Padece o ha padecido: (Si es así, proporcione fecha de cuando ocurrió) _____

<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Corazón reumático	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Pulmonía	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Tendencia sangrado	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Úlcera/estómago	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> TB
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Infección vejiga	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Bocio
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad/riñón	<input type="checkbox"/> Crisis nerviosa	<input type="checkbox"/> Colitis
			<input type="checkbox"/> Epilepsia

¿Sabe de un familiar cercano que sufre o ha sufrido alguna de las condiciones anteriores? Si es así, favor mencione la condición y su relación con la persona

Fecha de rayos X de pecho más reciente _____ ¿Padece hemorragia nasal? S N
¿Fuma regularmente? S N ¿Cuántos? _____ ¿Hace cuánto tiempo fuma? _____
¿Toma usualmente más de 6 tazas de café al día? S N
¿Toma regularmente bebidas alcohólicas o cerveza? S N ¿Qué cantidad? _____
¿Ingiere frecuentemente aspirina, Bufferin, Anacin? S N ¿Qué cantidad? _____
¿Tiene o tuvo adicción a las drogas? S N
¿Le sangran las encías frecuentemente? S N

Mencione cualquier enfermedad de seriedad que haya padecido

Mencione el año que haya tenido una cirugía, incluyendo procedimientos cosméticos

Con un círculo marque cualquiera de los siguientes medicamentos /vitaminas que consume actualmente:

Cortisona	Pastillas/presión arterial	Hierro
Digitálicos	Medicina para la tos	Pastillas para dormir
Tranquilizantes	Insulina o pastillas/diabetes	Pastillas para aliviar dolor de cabeza
Anti-epiléptico Dilantin	Medicina para tiroides	Anticoagulantes
Barbitúrico	Pastillas de agua	Pastillas para perder peso
Vacunas	Anticonceptivos	Fármaco Phenobarbital
Antibióticos	Aspirina	St. John's Wort
Vitamina E	Multivitamínicos	otros _____

Nombre del medicamento

Dosis

Frecuencia
