

PATIENT REGISTRATION FORM

Patient Information

Full Name: _____
First Last M.I.

Date of Birth: ____ / ____ / ____ **Social Security Number:** ____ - ____ - ____

Marital Status: Single Married Divorced Widowed **Sex:** Male Female

Address: _____
Street City State Zip

Cell: Preferred Method of Contact Home: Preferred Method of Contact Email Address: Preferred Method of Contact

Referred by: _____ Primary Care Physician: _____ Primary Care Physician Phone: _____

Pharmacy: _____ Pharmacy Address: _____ Pharmacy Phone: _____

Social History

Race: White Black/African American Asian American Indian/ Native American
 Hawaiian/Pacific Islander

Ethnicity: Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino

Language: English Spanish Other: _____

How did you hear about us?: Advertising Word of Mouth Web Search Other

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize Reading Dermatology Associates or my insurance company to release information required to process claims. All services provided by this medical practice are provided either by one of our duly licensed medical professionals. No services provided by this medical practice are provided by an individual holding less than a registered nurse license unless such individual is being directed and overseen by another individual holding no less than a registered nurse license

Patient Signature: _____

Parent/ Guardian Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Name

Gender

DOB

Date of Appointment

Personal Medical History (Check all that apply):

- Allergies
- Anemia
- Anxiety
- Arthritis
- Artificial Joints
- Asthma
- Atrial Fibrillation
- AIDS/HIV
- Blood Transfusion
- Cancer
- COPD (Emphysema)
- Diabetes
- GERD (acid & reflux)
- Hay Fever
- Hearing Loss
- Heart Disease
- Hepatitis- A, B or C
- High Blood Pressure
- High Cholesterol
- Hyperthyroidism
- Kidney Disorder
- Liver Disorder
- Lupus
- Measles
- Pacemaker
- Radiation Treatment
- Seizures
- Skin Disorder
- Stroke
- Tuberculosis
- Valve Replacement
- Other: _____

Surgical History:

- Basal Cell Cancer Surgery
- Joint Replacement
- Mastectomy
- Mechanical Valve Replacement
- Melanoma Surgery
- Skin Biopsy
- Squamous Cell Surgery
- Other: _____

Skin:

Do you have any of the following?:

- Abnormal Moles
- Acne
- Boils
- Rash
- Bleed Easily
- Chills
- Changes in Moles
- Dry/Sensitive Skin
- Cold Sores
- Eczema
- Scars
- Psoriasis
- Hives
- Rosacea
- Itching and Flaking
- Sore that won't Heal

Have you visited tanning salons and/or sunbathe?

Yes No

Have you ever had skin cancer? If **yes**, what type? _____

Yes No

Do you have a family history of melanoma?

Yes No

Are you pregnant? Yes No

Social History:

Cigarette Smoking: Never Quit: Former Smoker Smokes Daily Smokes Less than daily

Alcohol Use: Yes No

Medication List:

Are you allergic to the following?

- Adhesive tape Antibiotics Aspirin Latex
 Iodine Codeine Sulfa Local Anesthetics
 Barbiturates (Sleeping Pills)

Do you have any other allergies? Yes No

If yes, list allergies: _____

Family Medical History (Check & Circle all that apply):

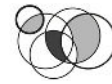
- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Arthritis | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Cancer | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Diabetes | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Hepatitis | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Hypertension (High Blood Pressure) | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Heart Disease/Pacemaker | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Psoriasis | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Skin Cancer | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Thyroid Disease | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |
| <input type="radio"/> Other: | Mom/ Dad/ Sister/ Brother/ Aunt/Uncle |

Do you have a Healthcare Proxy? Meaning, you have someone to make any medical decisions for you if for any reason you are unable to

Yes No

If **YES**, Name of Proxy: _____

Phone Number: _____



HIPAA & NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

Name: _____

Date of Birth: ____/____/____

WITH WHOM MAY WE SHARE PRIVATE INFORMATION REGARDING YOUR CARE?

Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____

Individual is also my emergency contact

Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____

Individual is also my emergency contact

Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____

Individual is also my emergency contact

May we leave medical information for you on your phone and/or answering machine?

Yes No

Appointment reminders via text message?

Yes No

Emails on appointment reminders/specials/promotions?

Yes No

May we send medical information through mail?

Yes No

I have received and/or reviewed this practice's **Notice of Privacy Practices**. This Notice provides details about uses and disclosure of my protected health information that may be needed by this practice, my individual rights, how I may exercise these rights and the practice's legal duties with the respect to my information.

I understand that this reserves the right to change the terms of its **Notice of Privacy Practices** and to make any changes regarding all protected health information residing or controlled by this practice. I understand that I may obtain this practice's current Notice of Privacy Practices upon request

Patient Signature: _____

Parent/ Guardian Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

INFORMACION DEL PACIENTE**Nombre:** _____
Primer Apellido M.I**Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____**Estado Civil:** Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a **Sexo:** Hombre Mujer**Address:** _____
Calle Ciudad Estado Código PostalCell: Contacto preferido Casa: Contacto preferido Correo electrónico: Contacto preferido

Medico Primario: Local: Numero de Contacto:

Farmacia: Loca: Numer de Farmacia:

Historia SocialRaze: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Americano Indio/ Nativo Americano
 Nativo de Hawaii/Islas de PacificoEthnicity: Hispanic/Latino Non-Hispanic/LatinoIdioma: Inglés Español Otro: _____¿Dónde has oído hablar de nosotros?: Publicidad Boca a Boca Búsqueda Web Otro

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Reading Dermatology Associates o a mi compañía de seguros a divulgar la información requerida para procesar mis reclamos. Todos los servicios son proporcionados por esta práctica médica, ya sea por uno de nuestros profesionales médicos debidamente autorizados. Ningún servicio proporcionado por esta práctica médica es realizado por un individuo que posea menos de una licencia de enfermero registrado, a menos que dicho individuo esté bajo la supervisión adecuada

Firma del paciente: _____**Firma del Padre/Tutor autorizado:** _____**Date:** ____ / ____ / ____

Nombre

Sexo

F. Nac.

Fecha de la Cita

Historial médico personal (Marque todo lo que corresponda):

- Alergias
- Anemia
- Ansiedad
- Artritis
- Articulaciones
- artificiales
- Prótesis articulares
- Asma
- Fibrilación auricular
- SIDA/VIH
- Transfusión de sangre
- Cáncer
- EPOC (Enfisema)
- Diabetes
- ERGE (reflujo ácido)
- Fiebre de heno
- Pérdida de audición
- Enfermedad cardíaca
- Hepatitis A, B o C
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Hipertiroidismo
- Trastorno renal
- Trastorno del hígado
- Lupus
- Sarampión
- Marcapasos
- Tratamiento de radiación
- Convulsiones
- Trastorno de la piel
- Derrame cerebral
- Tuberculosis
- Reemplazo de válvula
- Otro: _____

Historial quirúrgico:

- Cirugía de cáncer de células basales
- Reemplazo de articulación
- Mastectomía
- Reemplazo de válvula mecánica
- Cirugía de melanoma
- Biopsia de piel
- Cirugía de células escamosas
- Otro: _____

Piel:

¿Tiene alguno de los siguientes?:

- Lunares anormales
- Acné
- Furúnculos
- Sarpullido
- Sangra fácilmente
- Escalofríos
- Cambios en lunares
- Piel seca/sensible
- Herpes labial
- Eccema
- Cicatrices
- Psoriasis
- Urticaria
- Rosácea
- Picazón y descamación
- Llagas que no sanan

¿Ha visitado salones de bronceado y/o tomado el sol? Sí No

¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel? **Si es así**, ¿qué tipo? _____ Sí No

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? Sí No

¿Está embarazada? Sí No

Historia Social:

Fumador de cigarrillos: Nunca Dejó de fumar: Exfumador Fuma a diario Fuma menos de diario

Consumo de alcohol: Sí No

Lista de Medicamentos:

¿Es alérgico(a) a lo siguiente?

- Cinta adhesiva Antibióticos Aspirina Látex
 Yodo Codeína Sulfa Anestésicos locales
 Barbitúricos (pastillas para dormir)

¿Tiene alguna otra alergia? Sí No

Si es así, enumere las alergias:

Family Medical History (Check & Circle all that apply):

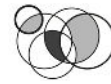
- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta) | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/Marcapasos | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |
| <input type="checkbox"/> Otro: | Mamá/ Papá/ Hermana/ Hermano/ Tía/Tío |

¿Tiene un representante médico? Es decir, ¿tiene a alguien que pueda tomar decisiones médicas por usted si por alguna razón usted no puede hacerlo?

Sí No

Sí, Nombre del representante: _____

Número de teléfono: _____



HIPAA & AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿CON QUIÉN PODEMOS COMPARTIR INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE SU ATENCIÓN?

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

La persona también es mi contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

La persona también es mi contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____

La persona también es mi contacto de emergencia

¿Podemos dejarle información médica en su teléfono y/o contestadora? Sí No

Recordatorios de citas por mensaje de texto? Sí No

¿Correos electrónicos sobre recordatorios de citas/ofertas/promociones? Sí No

¿Podemos enviar información médica por correo? Sí No

He recibido y/o revisado el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de esta consulta. Este aviso proporciona detalles sobre el uso y divulgación de mi información médica protegida que puede ser necesaria por esta consulta, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y los deberes legales de la consulta con respecto a mi información.

Entiendo que esto reserva el derecho de cambiar los términos de su **Aviso de Prácticas de Privacidad** y de realizar cualquier cambio respecto a toda la información médica protegida que resida o sea controlada por esta consulta. Entiendo que puedo obtener el Aviso de Prácticas de Privacidad actual de esta consulta bajo solicitud.

Firma del Paciente: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____