



Lawrence A. Schiffman, D.O., FAOCD, P.L.  
3650 N.W 82<sup>nd</sup> Avenue  
Suite 306  
Doral, FL 33166  
P: 305.735.9474  
www.miamiskindr.com

**Informacion de Paciente:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Pais de Origin: \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Direccion : \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

**Correo Electronico :** \_\_\_\_\_

**Telefono Mobil:** \_\_\_\_\_ **Telefono Casa:** \_\_\_\_\_ **Telefono Trabajo:** \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relacion:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE FARMACIA:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**PACIENTES MENORES DE EDAD:**

Edad de Paciente: \_\_\_\_\_ Relacion a el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Guardian/Padre/Asegurado/a: \_\_\_\_\_

**DOCTOR PRIMARIO:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono# \_\_\_\_\_

Como supo de nuestra oficina?

- Referido por el Dr. \_\_\_\_\_  Familiar o Amistad  
 Zocdoc  Internet: Google, Yahoo  Otra forma \_\_\_\_\_

**Cual es la razon de su visita hoy?** \_\_\_\_\_

**Sufre usted de alguna lesion que no sana? Si No (por favor marque)**



**HISTORIAL MEDICO:** Porfavor marque todos los que correspondan:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anciedad                        | <input type="checkbox"/> Depression                      | <input type="checkbox"/> Leucemia                 | <input type="checkbox"/> Sclerosis             |
| <input type="checkbox"/> Arthritis                       | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Limfoma                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales     | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal                | <input type="checkbox"/> Marcapazo                | <input type="checkbox"/> Defibrilador          |
| <input type="checkbox"/> Asthma                          | <input type="checkbox"/> GERD/ Ulceras                   | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion | <input type="checkbox"/> Immunosupresion       |
| <input type="checkbox"/> Auricular/Fibrilacion           | <input type="checkbox"/> Glaucoma                        | <input type="checkbox"/> Convulsiones             | <input type="checkbox"/> Lupus                 |
| <input type="checkbox"/> BPH                             | <input type="checkbox"/> Perdida de Audicion             | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral         | <input type="checkbox"/> Multiple Esclerosis   |
| <input type="checkbox"/> Transplante de Medula Osea      | <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedades de Hgado | <input type="checkbox"/> Sifilis                  | <input type="checkbox"/> Myasthenia Gravis     |
| <input type="checkbox"/> Cancer en las mamas             | <input type="checkbox"/> Herpes                          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             | <input type="checkbox"/> Scleroderma           |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____                    | <input type="checkbox"/> Hipertension (Presion alta)     | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Valvulas    | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNA</b>        |
| <input type="checkbox"/> COPD                            | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/SIDA                   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia             |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                 |   |  |
|  | <input type="checkbox"/> Hipothyroidism                  |   |  |

Otra: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE CIRUGIA:** Marque todo que corresponda.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apendice Removida                                | <input type="checkbox"/> Reemplace de Articulaciones _____   |
| <input type="checkbox"/> Vejiga Removida/operada                          | <input type="checkbox"/> Biopsia de Rinon                    |
| <input type="checkbox"/> Mastectomia (Derecha, Izquierda, Bilateral)      | <input type="checkbox"/> Rinon Removido (Derecho, Izquierdo) |
| <input type="checkbox"/> Lumpectomia (Derecha, Izquierda, Bilateral)      | <input type="checkbox"/> Piedras Removida                    |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de Mamas (Derecha, Izquierda, bilateral) | <input type="checkbox"/> Transplante de Rinon                |
| <input type="checkbox"/> Reducion de Mamas                                | <input type="checkbox"/> Transplante de Hgado                |
| <input type="checkbox"/> Implantes de Mamas                               | <input type="checkbox"/> Ovarios Removido? Razon?: _____     |
| <input type="checkbox"/> Colectomia: Cancer de Colon                      | <input type="checkbox"/> Prostata Removida: Razon? _____     |
| <input type="checkbox"/> Colectomia: Diverticulitis                       | <input type="checkbox"/> Prostate Biopsy                     |
| <input type="checkbox"/> Colectomia: IBD                                  | <input type="checkbox"/> TURP                                |
| <input type="checkbox"/> Vesicula Removida                                |  |
| <input type="checkbox"/> Revascularizacion Coronaria                      |  |
| <input type="checkbox"/> PTCA   |  |

**Esta Embarazada?** Si No (por favor marque)

Esta amamantando? Si No (por favor marque)

Cuándo fue su último período menstrual? Si No (por favor marque)



**Alguna vez ha tenido las siguientes condiciones?**

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acne                 | <input type="checkbox"/> Piel seca                      | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa          | <input type="checkbox"/> Herpes labial      | <input type="checkbox"/> Moluscum        |
| <input type="checkbox"/> Queratosis Actinica  | <input type="checkbox"/> Eczema                         | <input type="checkbox"/> Lunares pre cancerosos   | <input type="checkbox"/> Herpes             | <input type="checkbox"/> Seborrhea/Caspa |
| <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Descamacion de Cuero Cabelludo | <input type="checkbox"/> Soriasis                 | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Quistes         |
| <input type="checkbox"/> Cancer de piel basal | <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Cancer de piel escamosas | <input type="checkbox"/> Verrugas           | <input type="checkbox"/> <b>NADA</b>     |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras del sol   | <input type="checkbox"/> Melanoma                       | <input type="checkbox"/> Biopsias de la piel      |   |  |

Otra:

Utiliza protector solar? **Si No (por favor marque)**

Valor de proteccion? \_\_\_\_\_

**Tiene usted familia con historia de Melanoma? Si No (por favor marque)**

**Si la respuesta es si, que relacion a usted Tiene?** \_\_\_\_\_

Alguna vez fue tratado or recibio tratamiento de cancer de la piel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Por favor marque la casilla a continuación si usted está tomando cualquiera de los siguientes?**

- Aspirina
- Diluyente de sangre
- Productos con Aspirina
- Fumado



**ALERGIAS :** Por favor anotar todas las alergias y reacciones asociadas .

**ALERGIA MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS TOPICAL:** \_\_\_\_\_

**FOOD ALLERGY:** \_\_\_\_\_

Por favor de marcar si tiene alguna alergia a las siguientes

- Neomycin
- Xylocaine
- Lidocaine
- Latex
- Epinephrine

**HISTORIAL SOCIAL:** Marque la casilla a todo que le corresponda.

**Fumar:**

- Fumador Actual Diario
- Fumador Actual No Diario
- Ex-Fumador
- Nunca a Fumado

**Alcohol:**

- Alcohol - nunca
- Alcohol - < 1 Diario
- Alcohol - 1-2 Diario
- Alcohol - 3 + Diario

**Actividad Sexual:**

- No sexualmente activo
- Sexualmente activo con una pareja
- Sexualmente activo con mas de una pareja
- Paraja del mismo sexo

**Drogas:**

- Consumo de drogas
- Consumo de drogas intra venosa

Total de años fumando \_\_\_\_\_

Total de cajetillas por dia \_\_\_\_\_

Fecha que dejo de fumar? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ejercicio:**

- Varias veces al dia
- Una vez al dia
- Varias veces por semana
- Varias veces al mes
- Nunca
- Otra \_\_\_\_\_

**Uso de Cafeina:**

- Varias veces al dia
- Una vez por dia
- Algunas veces por semana
- Algunas veces por mes
- Nunca
- Otro \_\_\_\_\_

Se siente usted seguro en su hogar?    **Si**    **No**    (por favor marque)

**Regimen de Conduccion:**

- Conduce en el dia
- Conduce en la noche

**Raza:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje Primario:** \_\_\_\_\_



**REVISION DE SISTEMAS:** Porfavor marque todo que corresponda.

Síntomas	SI	NO	Síntomas	SI	NO
Historia de Melanoma			Desmayos		
Marcapasos			Imunosupresion		
Defibrilador			Cambios de Lunares		
Articulaciones Artificial			Erupciones		
Valvula de Corazon artificial			Alergias Ambientales		
Premedicar antes de procedimientos			Sibilancias		
Alergia al adhesive			Aumento de latidos cardiaco con adrenalina		
Alergia a antibioticos topicos			Problemas de sangramiento		
Diluyentes de Sangre			Problemas de sanamiento		
Embarazo or planes de Embarazo			Problemas con cicatrices / kiloides		
Mamantando/Lactando			Infecciones vaginales por antibioticos		
Alergia a lidocaina			Problemas estomacales con antibioticos		

**Con excepcion de los servicios que usted esta aqui para recibir, le gustaria obtener mas informacion sobre otros procedimientos?**

<input type="checkbox"/> Consejos para la piel <input type="checkbox"/> Productos para la piel <input type="checkbox"/> Inyectables (cosmeticos) <input type="checkbox"/> Tratamiento de arrugas <input type="checkbox"/> Labios delgados <input type="checkbox"/> Plenitud de pestañas <input type="checkbox"/> Longitud de pestañas <input type="checkbox"/> Círculos oscuros	<input type="checkbox"/> Exfoliación química <input type="checkbox"/> Manchas en la piel <input type="checkbox"/> Venas faciales <input type="checkbox"/> Enrojecimiento facial <input type="checkbox"/> Manchas de edad/peças <input type="checkbox"/> Cejas Caidas <input type="checkbox"/> Párpados Caidos <input type="checkbox"/> Cara Caida	<input type="checkbox"/> Remoción de Lunares <input type="checkbox"/> Arrugas del cuello <input type="checkbox"/> Revisión de cicatrices <input type="checkbox"/> Estrías / Caderas / Piernas <input type="checkbox"/> Contorno Facial <input type="checkbox"/> Vello no deseado <input type="checkbox"/> Celulitis
--	--	---

Alguna vez has tenido los siguientes tratamientos or procedimientos?

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Botox, Dysport, Xeomin                                    | <input type="checkbox"/> Depilación con laser   | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Celulitis    | <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica |
| <input type="checkbox"/> Rellenos (Restylane, Juvederm, Voluma, Radiesse, Perlane) | <input type="checkbox"/> Transplante de Cabello | <input type="checkbox"/> Cirugía para Párpados caído |   |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de varises                                   |   |  |   |

**Porfavor contestar la siguiente pregunta:**

Quando me miro al espejo, me siento \_\_\_\_\_

- MAS JOVEN QUE MI EDAD     
  MI EDAD     
  MAS MAYOR QUE MI EDAD

Quando me miro al espejo, estoy \_\_\_\_\_ con la apariencia de mi rostro.

- NO PREOCUPADA     
  UN POCO PREOCUPADA     
  BASTANTE PREOCUPADA



**Lawrence A. Schiffman, D.O., FAOCD, P.L.**  
**3650 N.W 82<sup>nd</sup> Avenue**  
**Suite 306**  
**Doral, FL 33166**  
**P: 305.735.9474**  
**www.miamiskindr.com**

**CONSENTIMIENTO DE FOTOS**

El abajo firmante, por la presente de acuerdo a lo siguiente. Me estoy permitiendo Dr.Schiffman, o un miembro del personal, para tomar fotos de mi tratamiento y / o las zonas tratadas para ser utilizados con el propósito de monitorear mi progreso.

A petición mía, mi identidad permanecerá en el anonimo . \_\_\_\_\_ (por favor inicial)

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO**

El abajo firmante se compromete, si él / ella firma como tutor, agente o como paciente que, en consideración a los servicios prestados al paciente, él / ella presente obliga individualmente a sí mismo / a sí misma para pagar la cuenta, o "su parte" de los cargos de el médico en el momento de servicios. Aceptamos Visa, MasterCard y American Express para su conveniencia. Los intereses se cobrará a partir de 45 días después de la fecha del servicio hasta su pago, y se devengarán a una tasa del 12% anual. En caso de que la cuenta se refirió a un abogado para la recolección, el abajo firmante deberá pagar los honorarios razonables de abogados y gastos de cobranza. Su firma indica que usted entiende y acepta esta política. Además, su firma autoriza el pago de beneficios médicos al doctor cuando se presenta una reclamación asignado.

\_\_\_\_\_ Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_ Firma

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Si usted no puede asistir a su cita, por favor notifique a nuestra oficina 24 horas antes de su cita programada. Si la cita no ha sido cancelado por lo menos 24 horas antes de su cita programada, a continuación, un \$ 30.00 No-Show Comisión se cargará a su cuenta. Por favor firme indicando que entiende y está al tanto de esta política de la oficina.

\_\_\_\_\_ Firma de Paciente

\_\_\_\_\_ Fecha



**Lawrence A. Schiffman, D.O., FAOCD, P.L.**  
**3650 N.W 82<sup>nd</sup> Avenue**  
**Suite 306**  
**Doral, FL 33166**  
**P: 305.735.9474**  
**www.miamiskindr.com**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Con mi consentimiento, LAWRENCE A. Schiffman, D.O. FAOCD PL, puede utilizar y divulgar información de salud protegida (PHI) de mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Por favor, consulte LAWRENCE A. Schiffman, D.O. FAOCD P.L. Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de estos usos y revelaciones

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. LAWRENCE A. Schiffman, D.O. FAOCD PL, se reserva el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Prácticas de Privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud escrita a LAWRENCE A. Schiffman, DO FAOCD PL, Oficial de Privacidad en 3650 NW 82nd Avenue, Doral, FL 33166.

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Con mi consentimiento, LAWRENCE A. Schiffman, D.O. FAOCD PL, puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar mensaje en el correo de voz o en persona en las referencias de todos los elementos que ayudan a la práctica a la realización de TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros y las llamadas relacionadas con mi atención clínica, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Con mi consentimiento, LAWRENCE A. Schiffman, D.O. FAOCD PL, puede enviar por correo a mi casa u otro lugar designado todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre y cuando se marcan Personal y Confidencial.

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Con mi consentimiento, LAWRENCE A. Schiffman, D.O. FAOCD PL, puede enviar un correo electrónico a mi casa o en otro lugar designado todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaración paciente. Yo tengo el derecho de solicitar que LAWRENCE A. Schiffman, DO FAOCD PL, restringe la forma en que utiliza o discute mi PHI para llevar a cabo TPO.

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Sin embargo, la práctica no está obligado a aceptar a mi pedido, pero si lo hace, está obligado por esta asignación. Al firmar este formulario, estoy consintiendo a LAWRENCE A. Schiffman, DO FAOCD P.L. uso y divulgación de mi PHI para llevar a cabo TPO.

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, LAWRENCE A. Schiffman, DO FAOCD PL, puede negarse a proporcionar tratamiento a mí.

\_\_\_\_\_ **(Inicial)** Por mi firma en esta línea, autorizo LAWRENCE A. Schiffman, HAGO FAOCD P.L. ponerse en contacto conmigo por teléfono (celular o casa), correo electrónico o de texto por el sistema automatizado para proporcionarme actualizaciones de práctica, especiales sobre los productos y servicios ya otras informaciones

Además, con las normas de privacidad de HIPAA se requerirá permiso por escrito para liberar / discutir cualquiera de sus registros médicos con los miembros de la familia y / o amigos. Si usted es mayor de 18 años de edad, por favor escriba a nadie podemos divulgar información a.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del guardian

\_\_\_\_\_  
Nombre del guardian

Gracias por llenar estos formularios, ya que mejorarán la calidad de su atención usted. Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra oficina y esperar su experiencia aquí sea placentera. Somos una oficina digital, la utilización de ordenadores y iPads para documentar sus visitas con nosotros. También somos una oficina de la enseñanza, la formación de una nueva generación de los dermatólogos en el cuidado de la piel del siglo 21 y las tecnologías médicas. Nuestro equipo médico hará todo lo posible para asegurar que usted reciba el tratamiento médico de primera categoría. Gracias por haber elegido el Dr. Schiffman como su dermatólogo.