

Cheryl A. Hull, M.D., FAAD
Omie Mills, M.D., DABP, Jennifer Kaley, M.D., DABP
Michael Garone Jr., D.O., FAAD * Lauren McCaslin, M.D., FAAD
Alexa Grand, PA-C * Hanna Cox, PA-C * Emily Kate Beyer, PA-C

Llenar formulario completamente por favor.

				Fecha:		
Apellido	Primero	Segundo				
Fecha de Nacimiento:	// Gene	ero M F Se	guro S	Social		
Dirección:			10,010	fortestanoril a Calculate		
Calle	Ciudad	Estado		Código Postal		
Teléfono de Casa	estantista plantife	Teléfono Celular _	mit be	a ndi asarashiri uli milari		
Se puede dejar mensaje en						
Correo Electrónico				sippoint agordan and b		
	os?	Dr. Pri	mario	g sag tipe ga maga mangan n		
¿Quién lo Refirió con nosoti	031	¿Quién lo Refirió con nosotros? Dr. Primario Farmacia de preferencia Lenguaje Preferido				
	ión por línea? Si	Lengua No	.)	eferido		
Farmacia de preferencia ¿Le gustaría ver su informad	ción por línea? Si entos, ver resultado:	No s de laboratorio, etc.	.)			
Farmacia de preferencia ¿Le gustaría ver su informac (Ej. Solicitar citas, medicame Estado Civil: Soltero/a Etnia:	ción por línea? Si entos, ver resultado: Casado /a Raza:	No s de laboratorio, etc. _ Divorciado /a	.) Vi	iudo /a		
Estado Civil: Soltero/a Hispano o Latino No Hispano o Latino	ción por línea? Si entos, ver resultados Casado /a Raza:	LenguaNo s de laboratorio, etcDivorciado /a Asiático Nativo Hawaiano	.) Vi	iudo /a Blanco Hispano		
Farmacia de preferencia ¿Le gustaría ver su informaci (Ej. Solicitar citas, medicame Estado Civil: Soltero/a Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino	ción por línea? Si entos, ver resultados Casado /a Raza:	LenguaNo s de laboratorio, etc Divorciado /a Asiático Nativo Hawaiano Africano	.) Vi	iudo /a Blanco Hispano Otro		
Farmacia de preferencia ¿Le gustaría ver su informaci (Ej. Solicitar citas, medicame Estado Civil: Soltero/a Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino	ción por línea? Si entos, ver resultados Casado /a Raza:	Lengua No s de laboratorio, etc. Divorciado /a Asiático Nativo Hawaiano Africano Americano	.) Vi	iudo /a		
Estado Civil: Soltero/a Hispano o Latino No Hispano o Latino	ción por línea? Si entos, ver resultados Casado /a Raza:	Lengua No s de laboratorio, etc. Divorciado /a Asiático Nativo Hawaiano Africano Americano) Vi	iudo /a Blanco Hispano Otro No deseo especificar		
Farmacia de preferencia ¿Le gustaría ver su informaci (Ej. Solicitar citas, medicame Estado Civil: Soltero/a Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino No deseo especific	ción por línea? Si entos, ver resultados Casado /a Raza:	LenguaNo s de laboratorio, etc Divorciado /a Asiático Nativo Hawaiano Africano Americano	Vi	Blanco Hispano Otro No deseo especificar de Nacimiento:/		

500 S. 52 nd Street Rogers, AR 72758 Hullde	rm.com Telephone: 479-254-9662 Fax: 479-254-9652
Patient Name:	DOB:
Política de pago: Seguros Médicos: Participamos con la mayor responsable de verificar con su plan si las visit beneficios. Si tiene preguntas contacte a su se puede verificar su elegibilidad usted es responsabilidad usted es responsabilidad es puede verificar su elegibilidad usted es responsabilidad si su se puede verificar su elegibilidad usted es responsabilidad cump su reclamos de se todos los cargos que excedan o no estén cul copagos, los deducibles y los servicios no cubi este arreglo es parte de mi contrato con mi cor el cobro de copagos y deducibles puede consid Tenga en cuenta que algunos servicios que recinformarle sobre estos servicios antes del tratas sus beneficios y los servicios no cubiertos serán Revisión de Reclamos: Intentamos finalizar tod sujetos a revisión por parte de agentes de fact por separado. Publicación de información médica: Autorizo lo con el fin de procesar reclamos con mi compañía autorización en lugar del original. Envío de reclamos: Presentaremos sus reclamos posibilidades para que estos reclamos sean pacierta información. Es su responsabilidad cump su reclamo es su responsabilidad si su seguro no Hijos de padres Divorciados: La responsabilidad cuyos padres están divorciados, recae en el padres para que estos recae en el padres padres están divorciados, recae en el padres padres padres están divorciados, recae en el padres padres pagos padres están divorciados, recae en el padres padres pagos padres están divorciados, recae en el padres padres pagos padres están divorciados, recae en el padres padres pagos padres están divorciados, recae en el padres pagos padres están divorciados.	ía de los planes médicos incluyendo Medicare. Usted es las están cubiertas al igual que conocer y comprender sus guro médico respecto a su cobertura. Por último, si no se sable del pago en cada visita. rizo la asignación de beneficios (pagos) directamente a Hull guro relacionados con los servicios recibidos. Acepto pagar piertos por mi plan de seguro médico. Entiendo que los iertos deben pagarse en el momento del servicio, ya que impañía de seguros. El incumplimiento de nuestra parte en erarse fraude. libe pueden no estar cubiertos. Nuestra oficina tratará de miento. En última instancia, es su responsabilidad conocer su responsabilidad. los los cargos en el momento del servicio, pero estos están curación interna. Cualquier cargo omitido será procesado a publicación de cualquier información médica necesaria a de seguro médico. Permito que se use una copia de esta los y ayudaremos en cualquier forma dentro de nuestras gados. A menudo, su seguro necesitará que proporcione lir con estas solicitudes. Tenga en cuenta que el saldo de
Facturas de Patología y análisis de Laborato procedimiento estándar de atención es que un principalmente en el consultorio, pero se fac separado. Debido a esto, su seguro puede reque la patología que se derivan son facturados por la con esos cargos debe dirigirse a ellos. Estos carg	patólogo examine la muestra. Estos servicios se realizan turan en un reclamo y un proveedor de servicios por erir un deducible o copago por separado. El laboratorio y compañía de laboratorio: cualquier pregunta relacionada os no se cobran en el momento del servicio.
para pagar su cuenta en su totalidad. No se acept Tenga en cuenta que, si el saldo no se paga, se	de atraso, recibirá una carta que indica que tiene 14 días sarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. remitirá a una agencia de colección. Nuestros cargos son s de nuestra área. Le agradecemos por entender nuestra
Nuestra oficina está comprometida a brindar el	mejor tratamiento a nuestros pacientes
Firmando usted confirma que ha leído y entend	ido las políticas establecidas.
Firma del responsable	Fecha:

500 S. 52 nd Street Rog	ers, AR 72758 Hullderm	.com Telephone: 479-254-9662 Fax: 479-254-9652
Patient Name:	1800	DOB:DOB:
Política de cancelación y	, citas pardidas:	
Intentamos comunicarn recordarles la fecha y la teléfono al menos 48 ho de espera y ofrecerles e tenemos una extensa lis la hora de su cita progr	os con nuestros paciente hora. Si no puede asistir a ras hábiles de anticipación. el horario. El tiempo de nu ta de espera. A los paciente	dicados a la atención y el servicio de nuestros pacientes al menos 24 horas antes de su cita programada pa a una cita programada, le solicitamos que nos informe po . Esto nos permite contactar a los pacientes en nuestra lis uestros proveedores y doctores es valioso ya que siempes que no nos notifiquen al menos 48 horas hábiles antes car una tarifa específica de acuerdo con su tipo de cita.
seguimiento o e	liminación de quistes o cua	o del médico que no podré asistir a mi cita programada d alquier otra masa, se me cobrará una tarifa de \$50. o del médico que no podré asistir a mi cita programada d a de \$100.
que se dedique menos t Cambio de Precio: Aunq tarifas y servicios son ev un anuncio local con un Productos y Servicios: atentamente todo el con responder de manera di	iempo a su tratamiento, se ue nos esforzamos en mant aluados constantemente y mejor precio, con gusto lo Todas las ventas son fir nsentimiento para conocer ferente al tratamiento. No	miento, llegar tarde a una cita programada puede provoce cambien el técnico o que su cita sea reprogramada. tenerlo informado acerca de los cambios de precio, nuestre están sujetos a cambios. Tenga en cuenta que, si encuent igualaremos siempre y cuando nos muestre el anuncio. nales. Solo se pueden devolver productos dañados. Le los efectos secundarios; cada paciente es diferente y puedes es dan reembolsos en los servicios.
Firma del responsable_		Fecha:
pacientes. Este aviso des a esta información. Por generados por la práctic Este aviso describe las p • Cualquier prof médicos, Pas, R • Todos los empl • Socios Comerci	scribe cómo se puede usar y favor revíselo cuidadosame ca, ya sea realizada por la p políticas de nuestra practica esional de salud autorizad N, etc.) eados y demás personal quales (incluyendo servicios	embre 8,2011. Esta información está disponible a todos lo y divulgar su información médica y cómo puede tener accelente. Este aviso se aplica a todos los registros de su atencioráctica o una instalación asociada. La que se extiende a: La do para ingresar información en su expediente (incluidade trabaja para o sin práctica de facturación o instalaciones a las cuales se refieren a la este aviso para cumplir con las normas de privación
emitidas por el Responsabilida	Departamento de Salud y d de Seguros Médicos de 1	Servicios Humanos de acuerdo con la Ley de Portabilida 996 (HIPAA).
personal y estamos co electrónicos y en papel Necesitamos este regist Al incluir a su médico o	omprometidos en protege sobre su salud, la atención o ro para brindarle atención le atención primaria (PCP) ualícenos periódicamente	ón protegida: Entendemos que su información médica erla. Como nuestro paciente, creamos registros médica que le brindamos y los servicios o artículos que le brindamos y cumplir con ciertos requisitos legales. I, podemos compartir y obtener información crítica para si esta información cambia, para que podamos manter
Firma del responsable		Fecha:

Patie	nt Name:	DOB:
Infori	mación de Seguro Médico:	
		and the engloying the company of the
Segur	o primario:	Numero de póliza:
Núme	r de la poliza:	Fecha de Nacimiento:
vuille	ero de Seguro Social:	Empleador:
Segur	o Secundario:	Numero de póliza:
Γitula	r de la póliza:	Fecha de Nacimiento:
Núme	ero de Seguro social:	Empleador:
		HISTORIAL MEDICO
Está	Embarazada? Si No	
,_50	No	
Algu	na vez ha tenido una reacción	n a la Novocaína, la lidocaína, ¿los vendajes o los antibióticos tópicos
	porin)?	produlibe of godone and resonance resonance in the common supplier re-
)I	No Si, si por favor haga ui	na lista:
	ETHIOLOGIC Purity	
	e house and	
Ha te	nido alguna cirugía o ha sido	
Ha te	enido alguna cirugía o ha sido nido cirugía de cáncer en la p vor liste cualquier condición r	hospitalizado(a) en el último año? Escríbalo abajo: piel en el último año? Si No médica crónica por la cual está recibiendo tratamiento:
Ha te	enido alguna cirugía o ha sido enido cirugía de cáncer en la p vor liste cualquier condición r en en su familia ha tenido lo s	hospitalizado(a) en el último año? Escríbalo abajo: piel en el último año? Si No médica crónica por la cual está recibiendo tratamiento: siguiente? (Mamá, Papá, Hermana(o), Hija(o), otro)
Ha te	enido alguna cirugía o ha sido enido cirugía de cáncer en la p vor liste cualquier condición r en en su familia ha tenido lo s	hospitalizado(a) en el último año? Escríbalo abajo: piel en el último año? Si No médica crónica por la cual está recibiendo tratamiento: siguiente? (Mamá, Papá, Hermana(o), Hija(o), otro)
Ha te	enido alguna cirugía o ha sido nido cirugía de cáncer en la p vor liste cualquier condición r en en su familia ha tenido lo s Melanoma	hospitalizado(a) en el último año? Escríbalo abajo: piel en el último año? Si No médica crónica por la cual está recibiendo tratamiento: siguiente? (Mamá, Papá, Hermana(o), Hija(o), otro)
Ha te	enido alguna cirugía o ha sido nido cirugía de cáncer en la p vor liste cualquier condición r en en su familia ha tenido lo s Melanoma lunares atípicos Carcinoma de células basale	hospitalizado(a) en el último año? Escríbalo abajo: piel en el último año? Si No médica crónica por la cual está recibiendo tratamiento: siguiente? (Mamá, Papá, Hermana(o), Hija(o), otro)
Ha te	enido alguna cirugía o ha sido enido cirugía de cáncer en la p vor liste cualquier condición r en en su familia ha tenido lo s Melanoma lunares atípicos Carcinoma de células basale Carcinoma de células escam	hospitalizado(a) en el último año? Escríbalo abajo: piel en el último año? Si No médica crónica por la cual está recibiendo tratamiento: siguiente? (Mamá, Papá, Hermana(o), Hija(o), otro)

DOB: Patient Name: Seleccione todo lo que corresponda (Lo que actualmente tiene o tuvo en el pasado) **Historial Social:** Dermatología General: Ha tenido más de una quemadura solar Melanoma Esta expuesto(a) mucho al sol Lunares atípicos Usa o ha usado una cama bronceadora Lunares displásicos Usa protector solar Carcinoma de células escamosas Ha estado expuesto(a) a la Hepatitis A, B, C o Carcinoma de células basales Queratosis actínica Ha estado expuesto(a) al Sida Cáncer en la piel desconocido Consume o ha consumido alcohol Enfermedad crónica en la piel Consume o ha consumido tabaco Antecedentes de queloides/cicatrices Usa Drogas (incluyendo Mariguana) Sangrado Ha viajado fuera USA en los últimos 3 meses. Sida ¿Ha tenido antecedentes de lo siguiente? Marque lo que corresponda Infección en las vías urinarias □ Diabetes Trastorno de absorción estomacal Sed o hambre excesivos Nauseas, vomito, diarrea al tomar П Amputación antibióticos Enfermedad en la tiroides Infecciones cuando toma antibióticos Enfermedad o falla renal Artritis o deformidad de articulaciones Diálisis Artralgia Movimiento Limitado П Convulsiones, o ataques de epilepsia Articulación artificial Neurología Dermatología Alergias Dolor de cabeza ☐ Escurrimiento de Lesiones sospechosas Hormigueo/Entumecimiento Lunares sospechosos nariz Convulsiones Picazón en los ojos Sarpullido □ Comezón Mareos Estornudos Piel seca o sensible Desmayos Oídos tapados Debilidad focal Fotosensibilidad Nariz Tapada Urticaria Cardiología Toz **Palpitaciones** Constitucional Perdida de Cabello Dolor en el pecho Cambios de peso Bultos en la piel Presión alta П Pérdida de apetito Piel amarilla Ataque cardiaco Fiebre Otorrino Sangrado nasal Marcapasos Debilidad Latidos irregulares Cambios en la piel Sudoraciones Hematología nocturnas Dolor de garganta Moretones Lactancia Dificultad para pasar Coágulos de sangre Gastroenterología comida Inflamación en las venas Respiratoria П Sangre en las heces Falta de aire Glándulas inflamadas Diarrea □ Vomito □ Presión en el pecho Fatiga Estreñimiento Toz matutina Psicología Depresión Nauseas Le ronca el pecho Estrés alto Dolor abdominal Congestión Cambios de humor Cambio en el hábito Bronquitis П П Ideas suicidas intestinal Enfisema Obsesivo compulsivo Asma

Tos crónica

500 S. 52nd Street | Rogers, AR 72758 | Hullderm.com | Telephone: 479-254-9662 | Fax: 479-254-9652

Patient Name:		DOB:				
Ginecología		Endocrinología				
	Síndrome premenstrual	☐ Sed excesiva				
	Infertilidad	☐ Sudoración excesiva				
	Dismenorrea	☐ Intolerancia al frio				
	Infecciones frecuentes	☐ Intolerancia al calor				
	Comezón vaginal	Urología				
	Sangrado Intermenstrual	☐ Dificultad al orinar				
	Dolor pélvico	☐ Sangre en la orina				
	Actividad sexual	☐ Incontinencia urinaria				
	Periodos irregulares	□ Orina frecuentemente				
	Flujo vaginal anormal	☐ Urgencia urinaria				
Oftalmología		Musculoesquelético				
	Irritación en los ojos	☐ Rigidez articular				
	Secreción en los ojos	☐ Calambres en las piernas				
	Visión borrosa	☐ Dolor en las articulaciones				
		 Inflamación en las articulaciones 				
		☐ Dolor en la espalda				
		Dolor en el cuello				

□ Dolor muscular

500 S. 52nd Street | Rogers, AR 72758 | Hullderm.com | Telephone: 479-254-9662 | Fax: 479-254-9652

Servicios de interpretación

Si usted habla español Hull Dermatology, PA tiene a su disipación servicios de asistencia sin costo alguno. Llame al 479.254.9662 TTY 479.254.9662