



FORMA DE REGISTRO DE PACIENTES

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA DE HOY:
DIRECCION:		CIUDAD/ESTADO:	ZIP:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO		DIRECCION EMAIL:	
SI ES MENOR DE 18, NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN:			
TELEFONO: CASA ()		CELULAR ()	TRABAJO ()
METODO DE CONTACTO PREFERIDO: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO			
RAZA/ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO O ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> DECLINAR			
LENGUAJE: <input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
FARMACIA PREFERIDA:		TELEFONO FARMACIA: ()	
EMPLEADOR:		DIRECCION:	
NOMBRE DE ESPOSO(A)/PAREJA:		FECHA NACIMIENTO ESPOSO(A)/PAREJA:	
CONTACTO DE EMERGENCIA (SI NO ES ESPOSO/A):		TELEFONO ()	RELACION:
¿COMO ESCUCHO DE NUESTRA OFICINA?		REFERIDO POR:	
METODO DE PAGO: <input type="checkbox"/> SEGURO MEDICO <input type="checkbox"/> TARJETA/CASH (SALTE A ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO)			
PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO:		RELACION:	
DIRECCION DE FACTURACION:		TELEFONO ()	
<i>PAGO ES REQUERIDO AL MOMENTO DEL SERVICIO/ EXCEPCIONES SI ARRENAMIENTOS PREVIOS SE HAN HECHO</i>			
1) SEGURO MEDICO PRIMARIO:			
TITULAR DE LA POLIZA:	RELACION CON EL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR:	
I.D.#	GRUPO#		
2) SEGURO MEDICO SECUNDARIO:			
TITULAR DE LA POLIZA:	RELACION CON EL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR:	
I.D.#	GRUPO#		
OTRA COBERTURA:			
<i>Cargo de \$25 por todos los cheques devueltos Cancelaciones sin noticia 24 horas antes de la cita resultaran en un cargo de \$35 Cancelaciones sin noticia 48 horas antes de un procedimiento resultaran en un cargo de \$35</i>			

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por la presente autorizo pago directo de beneficios quirúrgicos/médicos PREMIER DERMATOLOGY/DR. ADIL USMAN por los servicios provistos por el en persona o bajo su supervisión. Yo entiendo que soy responsable financieramente por servicios no cubiertos (cosméticos) o saldos no cubiertos por mi seguro médico. Yo soy responsable de obtener referencias o precertificaciones para la visita o procedimientos si mi Seguro médico de empresa/HMO/POS requiere de uno. Voy a ser responsable del pago complete si **NO CUMPLO**. Verifico que la información proveída por mí al aplicar para pago es correcta y pido que los pagos de beneficios autorizados sean completados a mi nombre. Una copia de esta asignación es tan valida como el original

NOMBRE DEL PACIENTE (ESCRITO): _____ FECHA: _____
FIRMA DEL PACIENTE: _____
NOMBRE PADRE/GUARDIAN (ESCRITO): _____ FECHA: _____
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN : _____