

SKIN CANCER & DERMATOLOGY CENTER

ENTREGUE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO Y LA LICENCIA DE CONDUCIR AL REPRESENTANTE DE SERVICIOS. POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO COMPLETAMENTE.

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido del Paciente:		Primer Nombre:		M.I.	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Ms.	<input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Miss	<input type="checkbox"/> Dr.
Dirección:				Ciudad:		Estado:		Código Postal:
Número de Casa: ()		Número de Trabajo: ()		Número Celular: ()				
Número Preferido: (elija uno) Casa / Trabajo / Celular / Otro: _____			Estado Civil: (elija uno) Soltero/a / Casado/a / Divorciado/a / Separado/a / Viudo/a / Otro: _____		Fecha de Nacimiento: / /		Número de Seguro Social:	
Correo Electrónico:				Empleador:				

INFORMACION DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO		NOMBRE DE SUSCRIPTOR (si diferente al anterior)		Número de Grupo:		Número de Póliza:	
Copago: \$	Relación a paciente: (elija uno) Mi Mismo / Esposo/a / Padre / Madre / Otro: _____	Dirección de Suscriptor: (si diferente al anterior)			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Casa / Celular / Trabajo: (elija uno) ()	
Fecha de Nacimiento de Suscriptor: / /		Número de Seguro Social de Suscriptor: (si diferente al anterior)		Empleador: (si diferente al anterior)			
SEGURO SECUNDARIO		NOMBRE DE SUSCRIPTOR (si diferente al anterior)		Número de Grupo:		Número de Póliza:	
Copago: \$	Relación a paciente: (elija uno) Mi Mismo / Esposo/a / Padre / Madre / Otro: _____	Dirección de Suscriptor: (si diferente al anterior)			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Casa / Celular / Trabajo: (elija uno) ()	
Fecha de Nacimiento de Suscriptor: / /		Número de Seguro Social de Suscriptor: (si diferente al anterior)		Empleador: (si diferente al anterior)			
SEGURO TERCARIO		NOMBRE DE SUSCRIPTOR (si diferente al anterior)		Número de Grupo:		Número de Póliza:	
Copago: \$	Relación a paciente: (elija uno) Mi Mismo / Esposo/a / Padre / Madre / Otro: _____	Número de Seguro Social de Suscriptor: (si diferente al anterior)			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento de Suscriptor: / /	

INFORMACION DEL REFERENTE Y PARTE RESPONSABLE

Referido Por: (por favor elija uno)

Amistad/Pariente Google Healthgrades Internet Otro: _____ Proveedor de Referencia: _____

Nombre de Proveedor Primario (Si diferente al proveedor de referencia): _____

Legalmente, la parte responsable es la persona que firma el acuerdo financiero y/o el paciente. Con respecto a los pacientes hasta la edad de 26 años: Somos conscientes de que hay razones por las que los pacientes desean que se envíen los estados financieros a otra(s) persona(s). Si desea que la declaración se envíe a alguien que no sea el paciente o la parte responsable, indique a continuación el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y la relación con el paciente. La práctica se reserva el derecho de incumplimiento al suscriptor principal.

Nombre: _____ Relación a paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

EN CASO DE EMERGENCIA Y RECONOCIMIENTO

Nombre de Esposo/a / Pariente / Amistad:		Relación a paciente:	Numero de Casa / Celular / Trabajo: (elija uno) ()
<p>Al firmar a continuación, autorizo el tratamiento de Skin Cancer and Dermatology Center. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al proveedor/práctica. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo que Skin Cancer and Dermatology Center & mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Autorización aprobada por un mínimo de doce meses a partir de la fecha de mi firma. La información anterior es exacta a lo mejor de mi conocimiento.</p>			
Paciente/Guardián Firma:		Nombre Impresa:	Fecha: