

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Paciente Nuevo    Cambio de nombre    Cambio de dirección    Cambio de Seguros

Name \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  M  F # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa : (    ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo : (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (    ) \_\_\_\_\_ E - Mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado    Soltero    Divorciado    Viudo

### **PADRE, ESPOSO(A) O PERSONA RESPONSABLE (si es diferente a la del paciente)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: (    ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (    ) \_\_\_\_\_

### **COBERTURA DE SEGUROS - PRIMARIA:**

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza (Asegurado): \_\_\_\_\_

Asegurado (Asegurado) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo o #: \_\_\_\_\_

Tipo de directiva:  HMO  PPO

Si el paciente es niño, revise la relación con el asegurado:  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

### **SEGURO - SECUNDARIA :**

\*\* No se aceptan Medicare como secundario \*\*

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza ( Asegurado ) : \_\_\_\_\_

Asegurado ( Asegurado ) Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del grupo o # : \_\_\_\_\_

Tipo de directiva :  HMO  PPO

Si el paciente es niño, revise la relación con el asegurado :  Madre  Padre  Otro \_\_\_\_\_

**Por favor, presente su tarjeta de seguro (s) e identificación con fotografía a la recepcionista, junto con este formulario. GRACIAS**

Otros miembros de la familia que son pacientes: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_  
Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

En caso de emergencia, quien debe ser notificado? \_\_\_\_\_  
Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Le da nuestra autorización oficina para discutir su información médica con miembros de la familia?  SI  NO En caso afirmativo, indique sus nombres y números de teléfono a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
# Teléfono (día): ( ) \_\_\_\_\_  
# Teléfono (noche): ( ) \_\_\_\_\_

?Podemos dejar la información médica personal en su contestador automático o teléfono celular?  SI  NO

?Podemos nosotros mandar por correos electrónicos la información médica personal para usted?  SI  NO

?Podemos enviar correos electrónicos con especiales o eventos?  SI  NO

**RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Mi firma abajo indica que he recibido y / o revisado una copia del aviso de mi médico de Usos y divulgaciones de información médica protegida.(AVISO DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD)

Firma del Paciente o Responsable \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**POLITICA FINANCIERA:**

Mi firma abajo indica que he recibido y / o revisado una copia de la política financiera de Dermatología del Instituto. Servicios de estética se pagan en el momento del servicio

Firma del Paciente o Responsable \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA USO INTERNO**

Información verificada y entró a través de: \_\_\_\_\_  
Tabla de identificación del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_