

Información del paciente

<hr/>		
Apellido	Nombre de pila	
<hr/>		
Dirección / número de apartamento		
<hr/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<hr/>		
Teléfono de casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono de celular
<hr/>		
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Número de licencia de conducir
<hr/>		
Empleador(a):	Ocupación:	
<hr/>		
Contacto de emergencia:		Teléfono de emergencia
El Sexo: () Macho () Femenino	Estado: () Soltero (a) () Casado(a) () Otro(a)	
Médico referente:		

Insurance Information

<hr/>	
Compañía de seguro Primario	Nombre del asegurado
<hr/>	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación de paciente asegurado
<hr/>	
Compañía de seguro Secundar	Nombre del asegurado
<hr/>	
Fecha de nacimiento del asegurado	Relación de paciente asegurado

Parte responsable: (se completará SOLO si la parte no es el paciente o no figura como asegurado)

<hr/>		
Apellido	Nombre de pila	
<hr/>		
Dirección / número de apartamento		
<hr/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<hr/>		
Teléfono de casa		Teléfono de celular
<hr/>		
Fecha de nacimiento:	Relación con el/la paciente	
<hr/>		
Si es un paciente nuevo, ¿cómo se enteró de nosotros?		
<hr/>		
Motivo de la visita:		
<hr/>		
¿Qué medicamentos toma actualmente el paciente?		
<hr/>		
¿La paciente tiene alguna alergia a los medicamentos?		
<hr/>		

Política de pago / Autorización de pago

Todos los servicios profesionales prestados son a cargo del paciente. El paciente es responsable del pago independientemente de la cobertura del seguro. Se espera el **pago completo** en el momento de cada visita al consultorio, a menos que se hayan hecho arreglos satisfactorios por adelantado. Se proporcionará información de facturación para acelerar el reembolso del paciente al proveedor privado. Todos los copagos, coseguros y deducibles son debidos y pagaderos en el momento en que se prestan los servicios. Autorizo al proveedor de servicios a divulgar información médica sobre mi examen y / o tratamiento confines de seguro y a recibir el pago directo de los beneficios médicos pagaderos a TheSkinMD por los servicios prestados. Yo, el abajo firmante, he completado este registro desde lo mejor de mi conocimiento. Además, he leído y entendido completamente la política de pago y la autorización de pago descrita anteriormente. Se requiere un aviso de 24 horas para todas las cancelaciones / reprogramaciones o se puede cobrar una tarifa de no presentación de \$ 50.

Firma _____ Fecha: _____