

# vail | aspen | breckenridge dermatology

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Raza: (Por favor circule uno) *No Hispano / Latino *Hispano / Latino *Desconocido *Otro: _____ *Prefiero No Decir	Grupo Etnico: (Por favor circule uno) *Indio Americano *Afroamericano *Blanco *Otro: _____ *Prefiero No Decir
--	--

TELEFONO # (Cel) _____
TELEFONO # (Casa) _____
Podemos enviarle recordatorios de citas por mensaje de texto? (Circule Uno): SI / NO
<i><b>Por favor liste su CORREO ELECTRONICO para que podamos habilitar su portal de pacientes:</b></i>
_____

<b>DIRECCION DE ENVIO:</b>
_____
Calle / PO Box
_____
Ciudad, Estado, Codigo Postal

### Contacto de Emergencia:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre / Relacion Con El Paciente / Numero De Telefono

### Informacion del Seguro Medico:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Compañia de seguro medico / Nombre Del Asegurado / Fecha De Nacimiento  
(primaria y secundaria)

### Informacion Del Proveedor (si corresponde):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Doctor De Cabecera / Doctor Que Lo Referio / Numero De Telefono

<p><u>Liberación:</u> doy mi consentimiento a Bella Derma Professional LLC a la divulgación de la información proporcionada o generada por Bella Derma Professional LLC a mi médico de atención primaria / médico remitente, fisioterapeuta, abogado, compañía (s) de seguros, agencia o partido auténtico, interés pertinente a través del consentimiento verbal, escrito, o fax / correo electrónico de comunicación. Una copia o imagen escaneada de mi firma será válida como el original. <u>Asignación:</u> Por la presente, asigno beneficios médicos a Bella Derma Professional LLC. Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de cualquier saldo no pagado por los servicios prestados junto con los honorarios legales incurridos para cobrarme. <u>Si corresponde:</u> entiendo que soy responsable de todos los copagos, deducibles, coseguros y saldos pagaderos a Bella Derma LLC. <u>Verificación:</u> por la presente verifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a partir de la fecha que se firma a continuación. <u>Aviso de privacidad:</u> Por la presente reconozco que he recibido una copia de Bella Derma Professional LLC DBA dermatología vail   aspen   breckenridge, Aviso de prácticas de privacidad.</p>	
_____/_____	_____
Firma Del Paciente	Fecha De La Firma