vail | aspen | breckenridge | glenwood dermatology

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Edad: _____ **Genero:** _____ **Idioma Preferido:** _____ **Seguro Social:** _____

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

¿Como se entero de nosotros?_____

TELEFONO # (Cel) _____

TELEFONO # (Casa)_____

¿Podemos enviarle recordatorios de citas por mensaje de texto? (Circule Uno): SI / NO

Por favor liste su CORREO ELECTRONICO para que podamos habilitar su portal de pacientes:

_____

DIRECCION DE ENVIO:

_____

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 (primaria y secundaria) | Nombre Del Asegurado | Fecha De Nacimiento

Informacion Del Proveedor (si corresponde):

_____/_____/_____

Doctor De Cabecera | Doctor Que Lo Referio | Numero De Telefono

Liberación: 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. Asignación: 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. Si corresponde: entiendo que soy responsable de todos los copagos, deducibles, coseguros y saldos pagaderos a Bella Derma LLC. Verificación: por la presente verifico que toda la información anterior es verdadera y correcta a partir de la fecha que se firma a continuación. Aviso de privacidad: Por la presente reconozco que he recibido una copia de Bella Derma Professional LLC DBA vail | aspen | breckenridge dermatology, Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____/_____

Firma Del Paciente | Fecha De La Firma