

vail | aspen | breckenridge dermatology

Formulario de Registro Para Menores

Nombre Del Menor: _____ Fecha De Nacimiento: _____

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

Nombre de Padre o Tutor Legal (Nombre y Apellido): _____

Informacion del Seguro Medico:

_____/_____/_____ / _____ / _____
 Compañía de seguro medico Nombre Del Asegurado Fecha De Nacimiento
 (primaria y secundaria)

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

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

DIRECCION DE ENVIO:

Calle / PO Box

Ciudad, Estado, Codigo Postal

POLITICA DE PAGO: El adulto/tutor que trae al niño(a) sera responsable de todos los copagos y deducibles. No reenviamos facturas a otras agencias, independientemente de los fallos judiciales o los decretos de divorcio.

NIÑOS NO ACOMPAÑADOS: Si su hijo(a) vendra a la oficina para tratamientos regulares de su(s) condicion(es) dermatologica(es) sin acompañante, consulte el siguiente acuerdo si desea que su hijo no acompañado sea visto.

Initials

 Entiendo que soy responsable del pago de mi cuenta en el momento del servicio para deducibles, servicios no cubiertos, servicios médicamente innecesarios, copagos y saldos de seguro, en caso de que mi seguro primario sea con una compañía con la que los médicos están contratados. Si mi compañía de seguros no es una de las entidades contratadas por el médico, soy responsable del total en el momento del servicio.

 Por alguna razón, si mi cuenta entra en una categoría de 45 días (o después de la fecha del servicio), autorizo a esta oficina a generar cargos en mi tarjeta de crédito principal por ese saldo impago sin más autorización o aviso.

Se enviará un recibo por los cargos a mi dirección.

- VISA
 MasterCard
 American Express
 Discover
 Other

Nombre que aparece en la tarjeta de credito: _____ # De Tarjeta de Credito: _____
/Vencimiento(Mes/Año)

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha de la Firma