



Fecha de hoy:

Médico de atención primaria:

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido legal del paciente:		Nombre legal:		Segundo nombre:		Estado civil (encierre uno) Solt. / Cas. / Div. / Sep. / Viudo	
Nombre preferido/Sobrenombre?	Teléfono de casa: ()	Fecha de nacimiento: / /		Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Domicilio:		Ciudad:		Estado:			
Código postal:	No. de Seguro Social:		Dirección de email:		Raza:		Origen étnico:

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Persona responsable de la cuenta:	Domicilio (si es diferente):	Número preferido de teléfono de contacto: ()	
Parentesco con el paciente:	No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: / /	

DATOS DEL SEGURO

Nombre del seguro primario:	Nombre del asegurado (Persona titular del seguro):			Relación del paciente con el asegurado:		
Empleador del asegurado	Núm. de Seguro Social del asegurado:	Fecha de nacimiento: / /	Núm. de grupo:	Núm. de la póliza:	Copago: \$	
Nombre del seguro secundario:	Nombre del asegurado (Persona titular del seguro):			Relación del paciente con el asegurado:		
Empleador del asegurado del seguro secundario:	Núm. de Seguro Social del asegurado:	Fecha de nacimiento: / /	Núm. de grupo:	Núm. de la póliza:	Copago: \$	

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO

Advanced Dermatology tiene mi consentimiento para acceder electrónicamente a mi lista de medicamentos actuales de mi farmacia.	Sí ()	Farmacia:
Autorizo a Advanced Dermatology a dejar mensajes con respecto a mi atención, información de citas y/u otra información pertinente en mi correo de voz y/o máquina contestadora.	No ()	¿Restricciones?
	Sí ()	
	No ()	
Por medio de este documento autorizo al personal clínico de Advanced Dermatology a divulgar/compartir mi información de salud protegida con las siguientes personas involucradas en mi atención médica:		
<i>Nombre:</i>	<i>Parentesco con el paciente:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Nombre:</i>	<i>Parentesco con el paciente:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Nombre:</i>	<i>Parentesco con el paciente:</i>	<i>Fecha:</i>

La información anterior es verdadera hasta donde yo sé. Autorizo que mis beneficios del seguro se paguen directamente al médico. Comprendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Advanced Dermatology o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del paciente/Tutor

Fecha