

Front Desk Check-in
Initials _____



Office Location _____
Today's Date _____
 New Patient
 Name Change
 Address Change
 Insurance Change

Account # _____

Información del Paciente
Por favor completar todas las secciones

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: ____ Sexo: H M
Dirección (calle) _____ Apt# _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tel de Casa(____) _____ Tel de Día(____) _____ Celular(____) _____
S.S.# _____ Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a
Dirección Electrónica _____ Desearía recibir correspondencia de West Dermatology? Si No
Empleador _____ Tel(____) _____
Dirección del Empleador _____
Nombre del Dr. que lo refirió (Dr. primario) _____ Tel(____) _____
Algún miembro de la familia que sea paciente con nosotros _____

Padres, Espos/a, o Persona Responsable

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: ____ Sexo: H M
Dirección (calle) _____ Apt# _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Dirección Alternativa (opcional) _____
Tel de Casa(____) _____ Tel de Día(____) _____ S.S.#(____) _____
Empleador _____ Tel(____) _____
Dirección del Empleador _____

Cobertura del Seguro Primario

Nombre de la Persona Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Nombre del la Aseguranza: _____ Teléfono (____) _____
Co-Pago _____ S.S.# _____
Dirección del centro de reclamos del seguro _____
Número de Póliza _____ Número de Grupo _____
Tipo de Póliza: PPO EPO POS HMO Si es HMO, Nombre de el Grupo Médico _____
Empleador _____ Número de Tel _____
Dirección _____
Relación del Paciente con la persona asegurada: Mismo/a Espos/a Hijo/a Hijastro Otro _____

Cobertura del Seguro Secundario

Nombre de la Persona Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Nombre del la Aseguranza: _____ Teléfono (____) _____
Co-Pago _____ S.S.# _____
Dirección del centro de reclamos del seguro _____
Número de Póliza _____ Número de Grupo _____
Tipo de Póliza: PPO EPO POS HMO Si es HMO, Nombre de el Grupo Médico _____
Empleador _____ Número de Tel _____
Dirección _____
Relación del Paciente con la persona asegurada: Mismo/a Espos/a Hijo/a Hijastro Otro _____

Por favor completar la siguiente página



Account # _____

Información del Paciente Continuación

En caso de Emergencia

Nombre de Amigo o Familiar que no viva con usted _____
Relación con el Paciente _____ Dirección _____
Telé de Día (____) _____ Tel de Noche(____) _____

Información de su Farmacia

Nombre de la Farmacia _____
Dirección _____
-
Número de Tel (____) _____ Número de Fax (____) _____

Como se entero sobre Las Vegas Skin and Cancer Clinics?

- Periódico Radio Revista Doctor Amigo de la Familia Paginas Amarillas Television Correo
- Otra _____

Liberar información y Asignación de Beneficios

Autorizo la liberación de información médica a mi Doctor familiar o al Doctor que me refirió, a consultores si necesario, si es necesario para procesar reclamos de aseguranza, aplicación de aseguranza y recetas. Autorizo pago para el Doctor por los servicios médicos que recibi.

Firma de la Persona Responsable: _____ Fecha ____/____/____

Póliza de Pago

El pago es requerido por todos los servicios en el momento que son recibidos, a menos que usted este cubierto en un plan de aseguranza en el cual nosotros participemos. **Cualquier co-pago, co-seguro aplicable y/o deducible serán cobrados al momento del servicio.** Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de crédito o debito. Su plan del seguro será facturado para las cargas contraídas. Por favor note que el paciente es responsable de cargas de cualquier/todo que no se pagó por la compañía de seguros. Autorización previa no garantiza el pago de reclamos. Si algún procedimiento es realizado, el paciente es financieramente responsable de pagar cualquier balance por el uso de alguna instalación fuera de nuestra clínica para completar y determinar el diagnostico del procedimiento realizado. Su firma abajo significa su entendimiento y buena voluntad para cumplir con nuestras pólizas.

Un Cobro de \$25.00 le serán cargados a su cuenta si usted no cancela o cambia su cita con 24 horas de anticipación. Mientras haremos nuestro esfuerzo para proveerle con una llamada de cortesía para recordarle sobre su visita, es su responsabilidad cancelar su cita.

Un cobro será cargado para algún cheque vuelto.

Cobertura de Seguro

Si su compañía de seguro requiere una carta de Referencia de su Doctor primario, es su responsabilidad obtener una antes de la cita y traerla con usted. Si usted no tiene un número de referencia, y su compañía de seguro lo requiere, Puede ser necesario reprogramar su cita.

He leído la póliza de pagos y cobertura de seguro descrita arriba. Yo entiendo y estoy de acuerdo con las provisiones.

Firma de Paciente: _____ Fecha ____/____/____