Información del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente:	Prefijo:	Apodo:	Fetcha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy)
Estado: (por favor seleccione una) Soltero Casado Divorciado Viudo Compañero	Sexo:	Ocupación:	Estudiante: (por favor seleccione) Si No

Numero de Casa:	Numero de Celular:	Numero de Trabajo:	Numero Preferido: Casa Celular Trabajo	¿Podemos Dejar Mensaje? Si No

Dirección:	Ciudad/Estado:	Codigo Postal:

Correo Electronico:	Empleador:

Doctor Primario:	Doctor de Referencia:	¿Como te enteraste de nosotros?

Contacto de Emergencia:

Nombre y Apellido:	Relacción:	Numero de Contacto:

¿Nos da permiso compartir su información médica con su contacto de emergencia? (por favor seleccione una) Si No

Padre/Madre, Esposo(a), o Guardián Legal:

Nombre y Apellido:	Relacción:	Dirección:

Póliza de Cancelación y No Presentación: Si no puede venir a su cita, por favor de darnos minimo de 24 hours en avance. Si no nos das mas de 24 horas para cancelar recibirás una tarifa de no presentación o cancelación de $50 para dermatología general, $75 para citas estéticas, o $100 para citas inyectables.

Llegada Tarde: Entendemos que pueden ocurrir retrasos, pero debemos mantener a tiempo a nuestros otros pacientes y proveedores médicos. Si llegas a tu cita mas de 10 minutos tarde, tendremos que reprogramar su cita para otro día.

Autorización y Asignación de Aseguranza: Yo autorizo Beaird Dermatology, S.C. a proporcionar información a mis compañías de seguros sobre mi diagnóstico y tratamientos, y asigno a Beaird Dermatology, S.C todos los pagos adeudados por los servicios prestados a mí o a mis dependientes si no hago pagos completos por dichos servicios. Además, acepto pagar todos los copagos y deductibles aplicables al momento del servicio.

Póliza Financiera: Beaird Dermatology tiene contratos con muchas aseguranzas. Debido a los numerosos planes de salud disponibles, es la responsabilidad del paciete de verificar si aceptamos su aseguranza. Serias responsable de pagar copagos, deductibles, productos comprados, y/o servicios no cubiertos. Si no tienes aseguranza que aceptamos el costo total de su visita, seria requerido al momento de servicio. Métodos de pago que aceptamos: Efectivo, Cheques Personales, Visa, Mastercard, Discover, American Express, y Care Credit.

Reconocimiento de Revisión y Solicitud de Pólizas de HIPAA: Bajo las leyes federales de HIPAA, tenemos el mandato de proporcionar a nuestros pacientes una copia de nuestras pólizas de privacidad de paciente. El aviso proporciona información detallada sobre cómo Beaird Dermatology, S.C. puede usar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que Beaird Dermatology, S.C. tiene el derecho de cambiar sus practicas de privacidad que estan describidos en el aviso y se me proporcionará un aviso a pedido. Su firma es su reconocimiento de que ha recibido o ofrecido una copia y que harevisad o este formulario de nuestras pólizas.

Firma de Paciente o Guardián **Nombre** **Fecha**