



AVANZADO ASOCIADOS DERMATOLOGÍA

Médica, cosmética y dermatología quirúrgica

Midtown Manhattan

200 Central Park South, Suite 107
Esquina de la avenida 7 y 59 de San Bay
212.262.2500

Bronx: Coop Ciudad

2100 Bartow Ave., Ste. 211
Plaza Shopping Center
718.671.1000

Bronx: Tercera Avenida

291 149 Este de San
Bet. Cortland y Morris
718.742.1000

Formulario de Registro de Pacientes

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE EN LA PARTE INFERIOR

De esta forma antes de devolverlo a la recepción

Nombre: _____ Sexo: M / F

Dirección : _____ #: _____ Apt

Ciudad / Estado Código Postal : _____ : _____

Teléfono celular : _____ Teléfono de la casa _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo _____ ext _____

Fecha de nacimiento : _____ Estado Civil : _____ Email : _____

SEGURO DE IDENTIFICACIÓN NOMBRE # DE SEGURO NOMBRE SEGURO SOCIAL #

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

¿Cuál es su queja principal o el motivo de la visita de hoy?

¿Está tomando algún medicamento? ¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Por favor escriba a continuación:

Historial médico: Si necesita espacio adicional, por favor notifique a la recepción.

Seleccione una farmacia: Por favor introduce el código asociado con su farmacia.

PAGO: Yo autorizo el pago directamente a avanzada Associates Dermatología en mi nombre para servicios prestados por ellos. También les autoriza a dar cualquier información necesaria para determinar estos beneficios. Yo entiendo que soy responsable por el pago de sus servicios en su totalidad si el pago se no hecho por la compañía de seguros o una unión o una referencia no se obtiene por mí antes de que los servicios prestados.

Fecha _____ Firma X _____

ASIGNACIÓN DE UNIFORME Y LIBERACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorización para la diseminación de la información by _____

Por la presente autorizo la instalación antes mencionado médico, que me trató, para liberar a las agencias gubernamentales, compañías de seguros, u otros que son financieramente responsable de mi cuidado médico, y para que los representantes del mismo para examinar y hacer copias de todos los registros relativos a esa atención y el tratamiento.

Fecha _____ X _____

Firma del paciente o representante autorizado