

**Bakersfield Dermatology and Skin Cancer Medical Group**

5101 Commerce Drive, Suite 101, Bakersfield, CA 93309

661-327-3756

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de cuenta \_\_\_\_\_

(Uso de oficina)

**Informacion De Paciente:**

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Naci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Primero, Inicial, Apellido

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Codigo postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Empleador (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir (Padres) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Matrimonial \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Que Medico lo Recomendo? \_\_\_\_\_

**Favor de contestar las sigüent preguntas:**

¿SI NECASSARIO, podemos dejar informacion en al contestador autimatico? SI NO

¿A sido paciente en esta oficina antes? SI NO ¿Cuando? \_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Otro miembro de su familia a sido paciente en nuestra oficina? SI NO ¿Si? ¿Cuando? \_\_\_\_\_

He aqí yo outorizo a Bakersfield Dermatology (el proveedor ) que administre tratamiento medico, o cuidado medico como mejor se determine sea nesario para mi \_\_\_\_\_ (porfavor indique la relacion del menor al el guardian o su persona).

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Nombre del guardian legal) (Firma del guardian Legal) (Fecha)

**Padre/Guardian legal (Si paciente es asegurado por padre O no tiene 18 años)**

Madre \_\_\_\_\_ Fecha de Naci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primero, Inicial, Apellido

Domicilio (si diferente de paciente) \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Casa/Trabajo Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Fecha de Naci \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primero, Inicial, Apellido

Direccion (si diferente de paciente) \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Casa/Trabajo Telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Favor de facilitar la sigüente informacion:**

Aseguranza Primario \_\_\_\_\_

Nombre de Subsripor \_\_\_\_\_ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subsripor \_\_\_\_\_ Numero de grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aseguranza Secundario \_\_\_\_\_

Nombre de Subsripor \_\_\_\_\_ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subsripor \_\_\_\_\_ Numero de grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Yo e recibido el aviso de practica privada, y la regla de pago de seguro de Bakersfield Dermatology. Yo autorizo pago de beneficios de seguro y descargo informacion protegido de salud en acuerdo con regulaciones de HIPAA.**

Firma de Pacient (o guardia, si bajo 18 años)

Fecha

(Fima es valida por dos años, de la fecha, de este documento)