

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 _____ Sexo _____ Estado Matrimonial _____ Raza _____

Seguro Social _____ - _____ - _____ Que Medico lo Recomendo? _____

Favor de contestar las siguientes preguntas:

¿Podemos discutir su informacion con su familia inmediata? SI NO

¿SI NECESARIO, podemos dejar informacion en el contestador automatico? 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? _____

Informacion de esposo/esposa (si aplicable)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Primero, Inicial, Apellido

Numero de la Seguro Social _____ - _____ - _____ Empleado _____ Telefono (____) _____ - _____

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 siguiente informacion:

Aseguranza Primario _____

Nombre de Subsriptor _____ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subsriptor _____ Numero de grupo _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Aseguranza Secundario _____

Nombre de Subsriptor _____ Relacion a Paciente: Mismo Esposo Padre Otro

Numero de Subsriptor _____ 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)