

500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789

 41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

 220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429

40-12 80th St.,Elmhurst NY 11372 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

Nombre**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Name Apellido Primer Segundo Inicial

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt.#:\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento**:** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social:\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

 Date of Birth MM DD YY Social Security

Estado Civil**:** □Soltero□Casado □OtroSex**:** □Hombre□Mujer

 Marital Status: Single Married Other Male Female

Email**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#De Cellular**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **□**excluir recibir mensaje de texto para recordatorios de citas

Cell phone number

#Telefono de Casa**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Home phone

Contacto de Emergencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emergency Contact

Doctor Primario/Referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referring Doctor Phone

Idioma Preferido: □English □Español □Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

How did you hear about us?: □ Referido de Doctor (Doctor Referral) □ Familiar/ Amistad (Family / Friend Referral)

□ Directorio de seguro medico (Insurance Directory)

□ Publicidad en Internet (Online Ad.) □ Publicidad en periódico / revista (Paper Ad.)

□ Publicidad en TV/Radio (TV/Radio Ad.)

Farmacia Preferida :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#Telefono de la Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR FAVOR PRESENTAR A LA RECEPCIONISTA CON TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO MEDICO AL REGRESAR ESTA FORMA.

Seguro Primario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Requiere su seguro un referido para ver a un especialista?? □ SI □ NO

Does your insurance require a referral to see a specialist? Yes No

Nombre del suscriptor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

 Apellido/Last Name Primer Nombre /First Name Segundo Inicial /M.I

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subscriber’s DOB: Relationship to Patient:

Firma :X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_



500 Grand Ave., Suite 201, Englewood, NJ 07631 (201)886-9000 Fax: (201)227-1789

41-61 Kissena Blvd., Suite 5A, Flushing, NY 11355 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

220 East 161st Street, Bronx, NY 10451 (718)292-9197 Fax: (718) 292-4429

40-12 80th St ,Elmhurst , NY 11373 (718)886-9000 Fax: (718)961-0666

En nuestro esfuerzo por cumplir con la portabilidad del seguro de salud y la actividad de la cuenta (HIPAA), debemos estar seguros de que guardamos su privacidad de acuerdo a sus deseos. Por favor proporcione el nombre y número de teléfono de la persona asignada con la que podamos discutir los siguientes asuntos;

**1.** Dejar mensajes respecto a citas, tratamientos y resultados de pruebas

**2.** Discutir sobre sus citas y problemas de facturación.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Persona(s) Autorizada (Imprimir) Numero De Telefono

**Al firmar este formulario Yo**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Autorizo y Reconozco lo siguiente**: (Nombre del Paciente/Pariente Legal)

1. Para que Metro Dermatología presente todas las reclamaciones en mi nombre, Autorizo también la asignación de beneficios directamente a esta oficina y liberación de cualquier registro solicitado por mi asistente de seguro(s).**\_\_\_\_\_\_\_**

 **Iniciales/primera letra del nombre y del apellido**

1. También reconozco que si no se recibe el pago, seré responsable de todo el saldo de la factura(**Copago, coseguro, deducible, incluyendo los cargos de cobertura finalizados*)***. Estoy de acuerdo a ser responsable de cualquier cobro y costos judiciales si mi cuenta es entregada a un abogado o agencia de cobranza, estoy de acuerdo en pagar $35.00 por cualquier cheque devuelto.**\_\_\_\_\_\_\_**

 **Iniciales/primera letra del nombre y del apellido**

1. Consentimiento de fotografías médicas que se deben hacer de mí o de mi hijo (o persona para quien soy tutor legal).

Comprendo que la información puede ser utiliza o necesaria para mi historial médico, con fines de Pre-Autorización para procedimientos o para aprobaciones de medicamento. Al autorizar consentimiento de estas fotografías médicas entiendo que no voy a recibir pago de cualquier parte. Si niego a consentir fotografías no afectará en modo alguno la atención médica que recibiré. Alguna pregunta o deseo de retirar mi consentimiento en el futuro puedo contactar a la práctica. **\_\_\_\_\_\_\_**  **YO AUTORIZO YO NO AUTORIZO**

 **Iniciales/primera letra del nombre y del apellido**

1. Metro Dermatología Política de Practica, versión 100915 disponible a mi solicitud **\_\_\_\_\_\_\_**

 **Iniciales/primera letra del nombre y del apellido**

1. Reconozco que he visto una copia de “Aviso de Privacidad” publicado en la sala de espera.

Aviso de Practica de Privacidad HIPAA disponible a mi solicitud.**\_\_\_\_\_\_\_**

  **Iniciales/primera letra del nombre y del apellido**

**X**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del Paciente/Pariente Legal Fecha**