



**Información del Paciente** (Por favor use su nombre legal)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género: Hombre/Mujer/No Binario/Transgénero Sexo De Nacimiento: Hombre  Mujer

Pronombre: El/EI Ella/Ella Ellos/Ellos

Dirección \_\_\_\_\_ Depto # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Tel primario \_\_\_\_\_ Cel/Casa/Trabajo Tel alternativo \_\_\_\_\_ Cel/Casa/Trabajo

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Modo preferido de contacto: Tel  Texto  E-mail

Modo de contacto confidencial:(citas o asuntos de finanzas) Tel primario  correo electrónico seguro  carta

Estado civil: Soltero/a  Casado/a  Pareja domestica  Legalmente separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Raza: Blanca  Hispana o Latina  Negra/Afroamericana  Asiática  Indígena americana/Indígena de Alaska

Etnia: Hispana o latina  No Hispana ni Latina  Idioma principal: \_\_\_\_\_

---

**Seguro Primario**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Abonado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del abonado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID# del seguro \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Abonado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del abonado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID# del seguro \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**Seguro Terciario**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Abonado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del abonado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID# del seguro \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**Informacion del Responsable** (complete esta sección sólo si alguien que no sea el paciente es financieramente responsable)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de

Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hombre:  Mujer:  Pronombre: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_ Tel primario \_\_\_\_\_ Cel/Casa/Trabajo

Dirección de correo \_\_\_\_\_ Depto # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

---

**Contacto de Emergencia** (Contacto de emergencia debe ser mayor de los 18 años)

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Tel primario \_\_\_\_\_ Cel/Casa/Trabajo Tel alternativo \_\_\_\_\_ Cel/Casa/Trabajo

**¿Como se enteró de nosotros?**

- |                              |                                     |
|------------------------------|-------------------------------------|
| _____ Angie's List           | _____ Correo de CDLS o un evento    |
| _____ Facebook               | _____ E-mail Blast                  |
| _____ Yelp                   | _____ Páginas Amarillas/Directorios |
| _____ Google/Bing/Yahoo      | _____ Propaganda local              |
| _____ Citysearch             | _____ Amigo/Referencia              |
| _____ ZocDoc                 | _____ Oficina anterior              |
| _____ Médico referente _____ | _____ Otro _____                    |

**¿Desea recibir correos electrónicos sobre actualizaciones y promociones de dermatología?** Si  No

**Doy mi consentimiento para revelar:** (Esta autorización es de naturaleza personal, familiar o amigo. Por favor, marque todas las que correspondan o elija no tener autorización)

- Información médica (por ejemplo: verificar las recetas, recibir los resultados de las pruebas o discutir un diagnóstico)
- Información de la cita (ejemplo: programar, cancelar, cambiar o preguntar sobre una cita)
- No hay autorización para revelar a nadie

A: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Autorizo al Centro de Dermatología y Cirugía Láser a proporcionar servicios médicos al paciente mencionado anteriormente y a usar y divulgar información médica según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También asigno al Centro de Dermatología y Cirugía Láser todos los pagos a los que tengo derecho para gastos médicos y quirúrgicos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no. También entiendo que la falta de hacer los copagos del seguro en el momento de la visita resultará en cargos adicionales. Se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Usos y Divulgaciones de Información Médica Protegida (Notificación de Prácticas de Privacidad) de mi médico.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Responsable** **Fecha**