

Mid-Kansas Dermatology Clinic, P.A.

POR FAVOR DE COMPLETAR TODA LA INFORMACION (por favor escriba)

NOMBRE DE PACIENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Inicial _____

Direccion _____

Occupacion _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Telefono de Casa _____
Lugar de Empleo _____ Telefono de Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Etnicidad _____ Telefono Cellular _____

Seguro Social _____ Sobrenombre _____ E-mail _____

Menor _____ Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____

Nombre de Esposo (a) _____ Lugar de Empleo _____ Numero de Trabajo _____

Si el paciente es menor o dependiente

Persona Responsable: Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Inicial _____

Relacion al Paciente: _____ Seguro Social: _____ Telefono de Casa: _____

Direccion _____

Occupacion _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____
Lugar de Empleo _____ Telefono de Trabajo _____

Por Favor Marque Una De Las Siguietes Opciones:

- _____ Si decido no acompañar a mi hijo(a) menor o dependiente a las citas consecutivas, yo autorizo al Dr. Passman o a sus Designados para que haga los tratamientos o procedimientos necesarios para dar el apropiado cuidado de salud. Yo entiendo que esto incluye evaluación y manejo para el problema presentado. Yo entiendo que esto también incluye recetas para Medicinas, aplicación de Nitrogeno Liquido, incluso menor procedimientos de tratamientos para acné y verrugas.
- _____ Solo yo o cualquiera de las personas que listo abajo acompañara a mi hijo/hija menor de edad a sus citas. Entiendo que si Yo o una de las personas que Liste no acompañan a mi menor no lo podran atender

Nombre/Relacion al paciente _____

Nombre/Relacion al paciente _____

Nombre/Relacion al paciente _____

Nombre/Relacion al paciente _____

Autorizacion de Aseguranza y Plan de Pago

Aseguranza Primaria _____ Aseguranza Secundaria _____

Poseedor de Plan _____ Poseedor de Plan _____

de Aseguranza _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Aseguranza _____ Fecha de Nacimiento _____

Relacion al Paciente _____ Relacion al Paciente _____

AUTORIZACION PARA PAGO BENEFICIOS AL DOCTOR: Yo asigno Pago directo a la Mid-Kansas Dermatology Clinic, PA y asignado Medico para los Beneficios de Serugia y/o Medicales, de lo contrario pagable a mi para los servicios como descrito pero no exceder mi Deuda a dicho medico o cirujano para aquellos servicios. Yo entiendo que estoy independiente responsable en el aspect economico para los Cargos no cubierto por mi aseguransa.

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION DE ASEGURANS: Yo autorizo a la Mid-Kansas Dermatology Clinic, PA y el Asignado doctor para que libera cual quer informacion adquirido en el curso de mi examinacion o tratamiento a mi doctor referido y/o a mi compania de aseguransa

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre Escriba: _____ Relacion al paciente: _____

Doctor Refirido _____ Ciudad _____ Telefono _____
 Doctor Familiar _____ Ciudad _____ Telefono _____

Razon de su visita (ronchas, crecimiento, verrugas, acne, eczema, etc) Cuando lo notastes primero?

Problema Principal _____ Empezo _____ Problema 2 _____ Empezo _____
 Problema 3 _____ Empezo _____ Problema 4 _____ Empezo _____

Tiene Alergia(s) A Alguna(s) Medicina(s)? (PENECILINA, ASPIRINA, ETC) Si No

Si "si", Por Favor Liste _____

Para Mujeres: Estas Embarazada? Si No

Si "si", estimado dia de parto _____

Por Favor Liste Tu Enfermedades Medicales Presente:
 1. _____
 2. _____ 3. _____
 4. _____ 5. _____

Por Favor Liste Todas Las Pastias, Medicinas, O Tabletas Que Estan Tomando (Medicinas De Reseta O Sin Reseta):

1. _____ 6. _____
 2. _____ 7. _____
 3. _____ 8. _____
 4. _____ 9. _____
 5. _____ 10. _____

Farmacia Prefenda: _____

Nombre de Farmacia	Direccion	Cuidad
--------------------	-----------	--------

Solo Para Pacientes Con Medicare

	SI	NO
1. El paciente es Veterano?	_____	_____
a. La VA refirio el paciente aqui para tratamiento?	_____	_____
b. Tiene el paciente una tarjeta de identificacion?	_____	_____
2. Tiene el paciente una tarjeta de Federal Pulmon Negro?	_____	_____
3. Este condicion medical es resultado por un tipo de accidente?	_____	_____
Relacionado ha:	Trabajo	Auto
	Herirido en la Casa	Otro
4. El/la paciente esta cuvierito con un plan de aseguransa medical con su empleado corriente o de un miembro familiar?	_____	_____
(No cuvra de Jubilacion)		
(Informacion de las preguntas 5 a 7 deben ser usadas como codigo para reclamar a Medicare.)		
5. El/la paciente esta empleado(a)?	_____	_____
Si "no": Se retiro en los ultimos dos anos?	_____	_____
Fecha de Jubilacion:	_____	
6. El/la esposo(a) esta empleado(a)?	_____	_____
Si "no": Se retiro tu esposo(a) en los ultimo dos anos?	_____	_____
Fecha de Jubilacion:	_____	
7. Por favor circule la rason por cual el paciente es elegible de Medicare:		
Edad 65 o mas	Minusvalido	Ultimo etapa de enfermedad de los renones
		Mes que dialisis de los renones empeso _____
	Parte A _____	Parte B _____