

Mid-Kansas Dermatology Clinic, P.A.

POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACION (por favor escriba)

NOMBRE DE PACIENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Inicial _____

DIRECCION _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Telefono de Casa _____

Occupacion _____ Lugar de Empleo _____ Telefono de Trabajo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Telefono Cellular _____

Numero Social _____ Sobrenombre _____ E-mail _____

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

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

A visitado esta clinica antes? No Si (Si tu nombre a cambiado, por favor indique el cambio) _____

Si el paciente es menor o dependiente

NOMBRE DE PADRE Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Inicial _____

DIRECCION _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Telefono de Casa _____

Occupacion _____ Lugar de Empleo _____ Telefono de Trabajo _____

NOMBRE DE MADRE Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Inicial _____

DIRECCION _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado/Codigo Postal _____ Telefono de Casa _____

Occupacion _____ Lugar de Empleo _____ Telefono de Trabajo _____

Vive con los dos padres _____ Vive con madre _____ Vive con padre _____ Otro _____

Por favor escoje una de las siguiente 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 evaluacion y manejo para el problema presentado. Yo entiendo que esto tambien incluye reseta(s) para medicamento(s), aplicacion de Nitrogeno Liquido, incluso menor procedimientos de tratamientos para acne y verrugas.

_____ Yo acompañare a mi hijo(a) menor o dependiente a su citas consecutivas. Yo entiendo que si yo no acompaño a mi hijo(a), el/ella no lo/la van a ver.

Autorizacion de Aseguransa y Plan de Pago

Aseguransa Primaria _____ Aseguransa Secundaria _____

Poseedor de Plan _____ Poseedor de Plan _____

Numero Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero Social _____ 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, P.A. y el 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 aspecto economico para los cargos no cubierto por mi aseguransa.

Firma Autorizada:

Fecha:

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION DE ASEGURANS: Yo autorizo a la Mid-Kansas Dermatology Clinic, P.A. 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 DE PACIENTE _____ EDAD _____ TIEMPO DE CITA _____

Doctor Refirido _____ Cuidad _____ Telefono _____

Usted mismo se refiro? _____ Refirrido por familia/amigo? _____ Refirrido por otro _____

Doctor Familiar _____ Cuidad _____ Telefono _____

QUE ES/SON TU PROBLEMA(S) (roncha, crecimiento, verrugas, acne, eczema, etc) CUANDO LO NOTASTES PRIMERO?

Problema 1 _____ Empezo _____ Problema 2 _____ Empezo _____

Problema 3 _____ Empezo _____ Problema 4 _____ Empezo _____

ESTA ALERGICO(A) A CUAL QUIER 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. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

POR FAVOR LISTE TODAS LAS PASTIAS, MEDICINAS, O TABLETAS QUE ESTAN TOMANDO

(MEDICINAS DE RESETA O SIN RESETA):

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

COMPLETADO POR MEDICARE PACIENTES SOLAMENTE

(Si alguna respuesta a la preguntas 1a al 4 es si, la seccion correspondida "Otra Aseguransa" debe ser completa.)

	SI	NO
1. El paciente es Veterano?	_____	_____
a. La VA refirrio 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 <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Herirido en la Casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
4. El/la paciente esta cuvierto con un plan de aseguransa medical con su empleado curriente 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 enfermeda de los renones		
		Mes que dialisis de los renones empeso _____
	Parte A _____	Parte B _____