



Account#/Cuenta#:

Date/Fecha: / /

1. Patient Information (Required) / Información del Paciente (Requerida)

Name/Nombre: _____

SSN (NSS) / ITIN _____ - _____ - _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sex/Sexo M F Marital Status/Estado Civil S C D Viuda(o)

Address/Dirección: _____

City, Estado, Código Postal: _____

2. Communication Preferences (Required)/Preferencias de Comunicación (Requerida)

Podríamos necesitar comunicarnos con usted en referencia a su atención médica.

Table with 4 columns: Communication Method, Phone Number, May we leave a message?, Can we send appointment reminder postcards? Rows include Home phone, Work Phone, and Mobile Phone.

Con quien podríamos hablar en referencia a su atención medica? Si el paciente es menor de 18 años, ponga a los dos padre y madre del paciente.

Table with 7 columns: Full Name, Relationship, Date of Birth, Sex, Emergency Contact, Discuss Medical Condition, Patient Portal Access. Includes checkboxes for M/F, Yes/No.

Address / Dirección: City / Ciudad: State / Estado: Zip code / Código Postal:

Phone Number/Número de Teléfono: Email /Correo Electrónico:

Table with 4 columns: Sex, Emergency Contact, Discuss Medical Condition, Patient Portal Access. Includes checkboxes for M/F, Yes/No.

Address / Dirección: City / Ciudad: State / Estado: Zip code / Código Postal:

Phone Number/Número de Teléfono: Email /Correo Electrónico:

No emergency contact / No contacto de emergencia No discussion of my medical condition with others / No divulgar mi información médica con nadie. No patient portal access for others / No acceso al portal del paciente para nadie.

I have been advised of the practice's 'Notice of Privacy Practices'. / Se me ha informado de la Comunicación de la práctica de privacidad. Initials/Iniciales _____ Date/Fecha _____



Account#/Cuenta#:

Date/Fecha: / /

3. Participate in Your Care Through Our Patient Portal / Participe en su cuidado por el portal para nuestros Pacientes (Requerida)

Con el poner su correo electrónico recibirá un correo electrónico en el cual le dirán como tener acceso al portal del paciente. Tendrá acceso a sus visitas y también podrá mandar mensajes a SDA.

Initials/Iniciales _____ [] Yes, I give my email address below for patient portal Access / Si, doy mi correo electrónico para el acceso portal del paciente. [] No patient portal / No portal al paciente

Email Address/Correo Electronico: _____

4. Please help us comply with federal requirements by answering the following: (Required)/ Por favor ayúdenos a cumplir con los requerimientos federales con responder a lo siguiente. (Requerida)

Primary Care Physician/Proveedor de atención primaria? _____

What is your race?/ Cuál es su raza (One or more categories may be selected / Una o más categorías pueden ser seleccionadas)

- [] American Indian / India(o) Americana(o) or Alaska Native/ o Nativo de Alaska
[] Asian / Asiático
[] Black or African American / Negro o africana(o) Americana (o)
[] White / Blanco
[] Native Hawaiian or other Pacific Islander / Nativo Hawaiano o de Otras Islas del Pacifico
[] Declined to specify / Negó a especificar

Preferred Language/Idioma Preferido _____

Are you Hispanic, Latino/a, or Spanish origin? / Es usted Hispana (o), Latina (o), o de Origen Español?

[] Yes/Si [] No [] Declined to specify/Negó a especificar.

5. Insurance Information (Required)/ Información de Seguro (Requerida)

Por favor ayúdenos a coordinar sus beneficios de seguro con identificar lo siguiente:

Table with 3 columns: Insurance Name / Nombre de Seguro, Subscriber's Relationship to Patient / Relación al Paciente, TriWest/TRICARE Sponsor's SSN / NSS del Patrocinador de TriWest/TRICARE. Rows for Primary/Primario and Secondary/Secundario.

Initials/Iniciales _____ [] Yes, the patient is self-pay and understands that payment is required at time of service. / Si, Paciente es auto-pago y entiende Se requiere el pago al momento del servicio.



Account#/Cuenta#:

Date/Fecha: / /

6. Treatment of Minors / Tratamientos a Menores

Pacientes menares de 18anos tienen que tener un adulto aval será responsable por cual quier balance financieron que la aseguanza no cubra.

Form with fields: Responsible Person / Persona Responsable, Full Name / Nombre Entero, Relationship / Relación, Sex / Sexo (M/F), Date of Birth / Fecha de Nacimiento, Phone Number/Número de Teléfono, Address / Dirección, City/Ciudad, State / Estado, Zip code / Código Postal.

Para muchas familias es difícil acompañar a un menor a cada visita. Como sea nosotros solo podemos ofrecer tratamiento con una autorización previa en dado caso de la ausencia de los padres o guardián.

Yes, I, the parent or legal guardian of the aforementioned minor patient give my permission to Solano Dermatology Associates to provide treatment in my absence. / Si, Yo, _____, el padre, madre o guardián del paciente menor mencionado doy permiso a Solano Dermatology Associates de tratar lo(a) en mi ausencia.

7. Políticas Financieras (Requerida)

Estamos comprometidos a proporcionar a usted ya su familia la mejor atención posible. Para lograr esto, le pedimos su cooperación con nuestra política de pago. Por favor, lea los detalles de este formulario cuidadosamente. Cumpliendo con la siguiente información nos ayudará en la facturación de sus reclamaciones de seguros.

- List of 15 financial policy items including insurance requirements, Medicare presentation, and payment terms.

He leído y entendido esta política financiera y estoy de acuerdo con los términos y las expectativas mencionadas anteriormente.

Patient or Responsible Party Signature/ Paciente or Persona Responsable

Date/Fecha