

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: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

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

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

Communication Method Método de Comunicación	Phone Number Número de Teléfono	May we leave a message? Podríamos dejar un mensaje?	Can we send appointment reminder postcards? Podríamos mandar una tarjeta de recordatorio?
Home phone/Numero de Casa	() -	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	
Work Phone/Numero de trabajo	() -	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
Mobile Phone/Teléfono Móvil	() -	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	

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.

Full Name / Nombre Entero	Relationship / Relación	Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Sex / Sexo	Emergency Contact / Contacto de Emergencia	Discuss Medical Condition / Discutir Condicion Medica	Patient Portal Access / Acceso al Portal del Paciente
		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No
Address / Dirección:	City / Ciudad:	State / Estado:	Zip code / Código Postal:			

Phone Number/Número de Teléfono:	Email /Correo Electrónico:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> 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:

Insurance Name / Nombre de Seguro	Subscriber's Relationship to Patient / Relación al Paciente	TriWest/TRICARE Sponsor's SSN / NSS del Patrocinador de TriWest/TRICARE
Primary / Primario		- -
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 18 años tienen que tener un adulto aval será responsable por cual quier balance financiero que la aseguranza no cubra.

Responsible Person / Persona Responsable	Full Name / Nombre Entero	Relationship / Relación	Sex / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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.

- Vamos a escanear su tarjeta actual de identificación de seguro (s) y alguna forma de identificación con foto en su archivo.
- Si su seguro requiere una referencia, es su responsabilidad para conseguir una remisión de su médico de atención primaria a nuestra oficina antes de su cita.
- Como cortesía, le cuenta a su seguro. Usted es responsable de cumplir con todos los deducibles y / o cantidades co-seguro requeridas por su póliza. Si usted no tiene seguro, el pago se debe en el momento del servicio.
- Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros.
- Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su cobertura de seguro, de empleo o la dirección.
- Vamos a presentar Medicare y una política secundaria o complementaria. Usted recibirá una factura por cualquier monto aprobado por Medicare pero no pagados por su plan secundario.
- Si usted no tiene su tarjeta de seguro o si el seguro no puede ser verificada antes de la salida, usted está obligado a firmar un documento que indica que usted entiende que usted, personalmente, es responsable de la balanza.
- Se requiere el pago de los productos cosméticos y / o procedimientos en su totalidad en el momento se prestan los servicios.
- Cosmética Servicios considerará / no es médicamente necesario por la compañía de seguros son la responsabilidad del paciente.
- Es la política de esta oficina que el adulto que presenta el niño para el tratamiento es responsable del pago de la parte del paciente en el momento del servicio.
- La prueba del parche por lo general requiere un copago por cada visita de la prueba, que normalmente es de 3 visitas. Por favor, confirme que su compañía de seguros cubre este procedimiento que no todos lo hacen.
- Si el nitrógeno líquido (a menudo llamada congelación) se utiliza como un tratamiento, los códigos utilizados son considerados un procedimiento quirúrgico por el seguro, y debe ser considerado como tal.
- saldos pacientes de más de 60 días serán sujetos a un cargo por financiamiento mensual de 1,5%.
- No ofrecemos descuentos de cortesía profesional.
- Si se realiza una biopsia, usted recibirá un cargo adicional por la lectura patología por: Solano Dermatology Associates (John Geisse, MD)

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