



Demographics



### Información de Seguro Medico y Facturación

#### Garante (Parte responsable después de seguro medico)

Igual que el paciente     otro – llene las áreas debajo

Nombre: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 \* La relación de paciente al GARANTE [ejemplo: hijo (a)] \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE SU COMPANIA DE SEGURO MEDICO (Una copia de su tarjeta de seguro es necesario.)

Compañía de seguros primaria: \_\_\_\_\_ Fecha que la póliza fue efectiva: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros secundaria: \_\_\_\_\_ Fecha que la póliza fue efectiva: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros terciario: \_\_\_\_\_ Fecha que la póliza fue efectiva: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DEL TITULAR LE DE PÓLIZA PARA EL SEGURO MEDICO PRIMARIA

Mismo que el paciente     Igual que el garante     Otro – llene el área debajo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: En casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Lugar de empleo y la dirección: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DEL TITULAR LE DE PÓLIZA PARA EL SEGURO MEDICO SECUNDARIA

Mismo que el paciente     Igual que el garante     Otro – llene el área debajo

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: En casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Lugar de empleo y la dirección: \_\_\_\_\_

¿Hay otros en su familia que han sido pacientes aquí? \_\_\_\_\_  
 (Nombre del paciente y su relación)

#### AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Consiento al tratamiento y al uso o revelación de mi información de salud protegida por Dermatology Specialists of Omaha para el propósito de diagnosticar o proporcionar mi tratamiento, para obtener pago de mis cuentas de salud, y para conducir las operaciones del cuidado de salud como Dermatology Specialists of Omaha crea necesario o deseable por mi doctor, sus ayudantes y a la persona designada. Esta autorización incluye, pero no está limitada a, la evaluación, procedimientos diagnósticos rutinarios, pruebas de laboratorio, y procedimientos operativos.

Por el presente autorizo a Dermatology Specialists of Omaha de proveer información médica a mis contactos listados. Por el presente autorizo DSO a dejar mensajes acerca de mis citas y notas de saldo en mi correo de voz, en la máquina de contestador, y en el correo electrónico como indicado arriba. Autorizo a Dermatology Specialists of Omaha de mandarme información y/o descuentos promocionales a mi correo electrónico.

Por la presente autorizo Dermatology Specialists of Omaha de proveer información médica a mi doctor que me refirió y/o mi médico principal, y a cualquier compañía de seguro que es necesario para procesar y considerar reclamación de seguro. Asigno al médico todos los pagos para los rendidos servicios médicos, para cuál Dermatology Specialists of Omaha participa. Comprendo que soy financieramente responsable de todas los cargos, si o no están cubiertas por mi seguro.

Reconozco que recibí la Nota de Prácticas de Intimidad efectivas el 23 de septiembre 2013 que incluyen el acceso electrónico a historia de medicamentos de parte de Dermatology Specialists of Omaha.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Guardián legal, o el Poder del Abogado

\_\_\_\_\_  
Fecha