

Front Desk Check-in
Account # _____



**Información del Paciente**  
Por favor completar todas las secciones

Office Location _____
Today's Date _____
<input type="checkbox"/> New Patient
<input type="checkbox"/> Name Change
<input type="checkbox"/> Address Change
<input type="checkbox"/> Insurance Change

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: H M  
 Dirección (calle) \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Tel de Casa(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel de Día(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 S.S.# \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a  
 Dirección Electrónica \_\_\_\_\_ Desearía recibir correspondencia de West Dermatology? Si No  
 Empleador \_\_\_\_\_ Tel(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
 Nombre del Dr. que lo refirió (Dr. primario) \_\_\_\_\_ Tel(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Algún miembro de la familia que sea paciente con nosotros \_\_\_\_\_

**Padres, Esposo/a, o Persona Responsable**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: H M  
 Dirección (calle) \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Dirección Alternativa (opcional) \_\_\_\_\_  
 Tel de Casa(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel de Día(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ S.S.#(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Tel(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_

**Cobertura del Seguro Primario**

Nombre de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Co-Pago \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_  
 Dirección del centro de reclamos del seguro \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_  
 Tipo de Póliza:  PPO  EPO  POS  HMO Si es HMO, Nombre de el Grupo Médico \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Número de Tel \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Relación del Paciente con la persona asegurada:  Mismo/a  Esposo/a  Hijo/a  Hijastro  Otro \_\_\_\_\_

**Cobertura del Seguro Secundario**

Nombre de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Co-Pago \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_  
 Dirección del centro de reclamos del seguro \_\_\_\_\_  
 Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_  
 Tipo de Póliza:  PPO  EPO  POS  HMO Si es HMO, Nombre de el Grupo Médico \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Número de Tel \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Relación del Paciente con la persona asegurada:  Mismo/a  Esposo/a  Hijo/a  Hijastro  Otro \_\_\_\_\_

**Por favor completar la siguiente página**

## Información del Paciente

Continuación

### En caso de Emergencia

Nombre de Amigo o Familiar que no viva con usted \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Tel de Día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel de Noche(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Información de su Farmacia

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de Tel (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Como se entero sobre Las Vegas Skin and Cancer Clinics?

Periódico  Radio  Revista  Doctor  Amigo de la Familia  Paginas Amarillas  Television  Correo

Otra \_\_\_\_\_

### Liberar información y Asignación de Beneficios

Autorizo la liberación de información médica a mi Doctor familiar o al Doctor que me refirió, a consultores si necesario, si es necesario para procesar reclamos de aseguranza, aplicación de aseguranza y recetas. Autorizo pago para el Doctor por los servicios médicos que recibí.

Firma de la Persona Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Póliza de Pago

El pago es requerido por todos los servicios en el momento que son recibidos, a menos que usted este cubierto en un plan de aseguranza en el cual nosotros participemos. **Cualquier co-pago, co-seguro aplicable v/o deducible serán cobrados al momento del servicio.** Aceptamos pagos en efectivo, cheques, tarjetas de crédito o debito. Su plan del seguro será facturado para las cargas contraídas. Por favor note que el paciente es responsable de cargas de cualquier/todo que no se pagó por la compañía de seguros. Autorización previa no garantiza el pago de reclamos. Si algún procedimiento es realizado, el paciente es financieramente responsable de pagar cualquier balance por el uso de alguna instalación fuera de nuestra clínica para completar y determinar el diagnostico del procedimiento realizado. Su firma abajo significa su entendimiento y buena voluntad para cumplir con nuestras pólizas.

Un Cobro de \$25.00 le serán cargados a su cuenta si usted no cancela o cambia su cita con 24 horas de anticipación. Mientras haremos nuestro esfuerzo para proveerle con una llamada de cortesía para recordarle sobre su visita, es su responsabilidad cancelar su cita.

Un cobro será cargado para algún cheque vuelto.

### Cobertura de Seguro

Si su compañía de seguro requiere una carta de Referencia de su Doctor primario, es su responsabilidad obtener una antes de la cita y traerla con usted. Si usted no tiene un número de referencia, y su compañía de seguro lo requiere, Puede ser necesario reprogramar su cita.

He leído la póliza de pagos y cobertura de seguro descrita arriba. Yo entiendo y estoy de acuerdo con las provisiones.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_