

Central Carolina Skin & Dermatology Center
Dr. Ana Benitez-Graham
Kelly Asher, PA-C

Paciente Formulario de Inscripción

Nombre: _____ SS#: _____ - _____ - _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Estado Civil: _____ Etnicidad: _____ Male/Female

Empleador: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Proporcionar esta información para que podamos contactar con usted por correo electrónico)

Nombre de Padre/Madre/Tutor si es menor edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Información sobre el seguro primario

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Nombre del Asegurado (Titular principal): _____

Seguridad Social del asegurado #: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ___/___/___

Relación con el paciente: Usted mismo ___ Cónyuge ___ Padres ___

Información de Seguro Secundario

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Nombre del Asegurado (Titular principal): _____

Seguridad Social del asegurado #: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ___/___/___

Relación con el paciente: Usted mismo ___ Cónyuge ___ Padres ___

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Fue referido por un médico? En caso afirmativo, por quién? _____

Lista de todos los medicamentos que esté tomando, incluyendo los medicamentos sin receta y vitaminas:

Lista de todas las alergias a los medicamentos y el tipo de reacción:

¿Tiene alguna condición médica? S N En caso afirmativo, indique:

¿Alguna vez ha tenido una cirugía? S N En caso afirmativo, indique con cirugía año ocurrió:

Tiene usted ahora, o ha tenido alguna de las condiciones o enfermedades a continuación:

La presión arterial alta	S	N	Diabetes	S	N	Dolor en pecho	S	N
Enfermedades de la Tiroides	S	N	Soplo del corazón	S	N	Hepatitis	S	N
Glaucoma	S	N	Artritis	S	N	Epilepsia/Convulsiones	S	N

¿Alguna vez ha tenido cáncer? S N En caso afirmativo, cuándo y qué tipo:

¿Bebe alcohol? S N En caso afirmativo, cuantas bebidas por día _____

¿Usa drogas intravenosas? S N En caso afirmativo, ¿Qué? _____

¿Usted fuma o consume tabaco de mascar? S N En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Tiene el VIH o el SIDA S N

¿Alguna vez ha tenido una fuerte reacción a la anestesia local (Novocaína, lidocaína, epinefrina)? S N

Cuando usted está expuesto al sol lo hace: _____ broncear _____ broncear y quemar _____ quemar

¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel? S N En caso afirmativo, qué tipo (s) y cuándo? _____

¿Alguien en su familia ha tenido cáncer de piel? S N En caso afirmativo, qué tipo (s)?

¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad de la piel o condiciones específicas? S N

En caso afirmativo, indique:

¿Tenemos permiso para:

- Dejar un mensaje en su teléfono de casa? S N En el número de su trabajo? S N

En su número de móvil? S N

- Hablar de su estado de salud (s) con un miembro de su hogar / familia? S N

En caso afirmativo, quién y número de contacto: _____

Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos para el clínico. Yo entiendo que el seguro es un método de reembolsar al paciente por los honorarios pagados al médico y no es un sustituto para el pago. Yo reconozco que soy responsable de todos los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos en el momento del servicio.

Patient signature: _____ Date: _____

Provider Signature: _____ Date: _____