

DERMATOLOGY CLINIC, P.C.

Nos da gusto que haya elegido a vernos para su cuidado dermatologico. Queremos aprovechar esta oportunidad para familiarizarle con algunos de nuestros procedimientos clinicos.

Por favor complete el formulario de inscripción adjunto y devolverlo a la recepción el dia de su cita. También, por favor recuerde traer **tarjetas de seguros actuales y una identificación con foto**. Nuestra clínica le facturará a su aseguranza primaria. Es posible que tal vez podemos facturar su seguro secundario. Si no es así, con mucho gusto le podemos proporcionare con el papeleo necesario para que usted pueda cobrar directamente a sus aseguranza.

Los copagos y/o deducibles son **requeridos** al momento de servicio y serán recogidos antes de su cita con nuestros profesionales.

Si usted tiene un seguro de atención médica administrada que requiere autorización previa de su médico de atención primaria, póngase en contacto con ese médico para obtener una referencia.

La clínica de dermatología no será responsable por citas que se pierda por no recibir una llamada recordatoria. Por favor consulte su tarjeta de cita o papel con la lista de sus citas futuras. **Las llamadas recordatorias solamente son hechas como una cortesia**

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de nuestra clínica o estos procedimientos, por favor llame a nuestra oficina al 503-364-3321. Muchas gracias.

Dermatology Clinic, P.C.

_____ tiene una cita programada para el

@

(POR FAVOR LLEGUE 20 MINUTOS ANTES DE SU CITA PROGRAMADA)

_____ **SALEM Dermatology Clinic**

2441 Grear St. NE
Salem, OR 97301
503-364-3321

_____ **KEIZER Dermatology Clinic**

5900 Inland Shores Way, Ste 202
Keizer, OR 97303
503-463-6799

_____ **WILSONVILLE Dermatology Clinic**

8642 SW Main St., Ste 100
Wilsonville, OR 97070
503-427-0629

_____ **LINCOLN CITY Coastal Health Practitioners**

3015 W. Devil's Lake Road
Lincoln City, OR 97367
541-996-6733

- Michael E. Goodenberger, MD
- Shashi K. Srinivasan, MD
- Preston W. Chadwick, MD
- Erik W.J. Kokkonen, MD
- Samuel F. Bremmer, MD
- Reyna D. Swift, MD
- Amy L. Ullan, PA-C
- Eric B. Harmon, PA-C
- Teresa George, PA-C
- Jordan E. Praytor, PA-C
- Joel A. James, PA-C

DERMATOLOGY CLINIC, P.C.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Masculino _____ Femenino _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa #: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono Celular #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Separado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

Nombre de Empleador: _____ Número de Teléfono: _____

Situación laboral: Tiempo Completo _____ Parte de Tiempo _____ Retirado/a _____ Ninguna _____ Estudiante _____

Referido por el Doctor _____ Médico de atención primaria _____

Información Requerida: Idioma Preferido _____ Grupo Étnico _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Médico: _____

ID #: _____ Grupo #: _____

Titular de la Póliza: _____

¿Qué médico está viendo?

_____ Michael E. Goodenberger, M.D.

_____ Amy Ullan, P.A. - C

_____ Shashi K. Srinivasan, M.D.

_____ Teresa George, P.A. - C

_____ Preston W. Chadwick, M.D.

_____ Eric B. Harmon, P.A. - C

_____ Erik W.J. Kokkonen, M.D.

_____ Jordan E. Praytor, P.A. - C

_____ Samuel F. Bremmer, M.D.

_____ Joel A. James, P.A. - C

_____ Reyna D. Swift, M.D.

TODOS LOS PACIENTES, POR FAVOR LEA Y FIRME LA SIGUIENTE DECLARACIÓN

Con el fin de establecer relaciones óptimas con nuestros pacientes y evitar malentendidos con respecto a nuestra política de pago, nuestro personal está entrenado para informarle de las políticas financieras de esta oficina. EL PAGO ES ESPERADO DE USTED, EN EL MOMENTO DEL SERVICIO, POR "SU PARTE" DE LOS CARGOS. ESTO INCLUYE LOS CO-PAGOS Y DEDUCIBLES. Aceptamos VISA, Mastercard, Discover, American Express y CareCredit para su conveniencia. Su firma abajo indica que usted entiende y acepta esta política. Además, su firma autoriza al médico a la divulgación de tal información médica necesaria para procesar sus reclamaciones de seguro y Medicare (si existe). En el presente documento usted autoriza pago de prestaciones médicas al médico cuando la reclamación es asignada.

Firma del paciente o guardián legal

Fecha

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO E IDENTIFICACIÓN CON FOTO A LA RECEPCIONISTA. LA RECEPCIONISTA HARÁ UNA COPIA Y LE DEVOLVERÁ SUS DOCUMENTOS CON PRONTITUD.

Dermatology Clinic, P.C.

- Oficina de Salem
- Oficina de Keizer
- Oficina de Wilsonville
- Oficina de Lincoln City

Por favor complete el siguiente formulario con respecto a la liberación de su información médica. Es nuestra póliza de la clínica para cumplir con las leyes del estado mantener el diagnóstico médico e información de tratamiento confidencial a menos que lo autorice el paciente. Información médica sólo será revelada a los que figuran en este formulario.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tenemos su permiso para:

¿Deja un mensaje en su buzón de voz / contestador de máquina?

Si _____ No _____

¿Podemos contactarlo en el trabajo?

Si _____ No _____

¿Podemos discutir su condición médica o historia médica con otros miembros de su familia?

Si _____ No _____

Si es así, con quién: _____

Parentesco: _____ Número de teléfono: _____

Firma del paciente

Fecha

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD,
POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN:**

Guardián legal / nombre del paciente: _____

Relación al paciente: _____

Fecha de nacimiento del guardián legal: _____

Dirección, si es diferente a la del paciente: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Empleador: _____

Número de Teléfono del Empleador: _____

.....

**LOS PADRES FIRMAN SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE 15 AÑOS DE
EDAD. SI EL PACIENTE ES DE 15 AÑOS DE EDAD O MÁS, ÉL / ELLA
COMPLETARÁ LO SIGUIENTE:**

Le doy permiso a Dermatology Clinic:

- ¿Dejar un mensaje de voz en el teléfono? ¿Maquina contestadora?
Si No
- ¿Podemos contactarle en su trabajo?
Si No
- ¿Podemos discutir su condición médica con otros miembros de su familia?
Si No

Si es así, por favor escriba el nombre de esa persona: _____

¿Cuál es la relación de esa persona con usted? _____

Número de Teléfono: _____

Firma del Paciente (si es mayor de 15 años de edad)

Fecha