

## Formulario de Registro Para Menores

Nombre Del Menor: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Tutor Legal (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_

**Informacion del Seguro Medico:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro medico                      Nombre Del Asegurado                      Fecha De Nacimiento  
 (primaria y secundaria)

Raza: (Por favor circule uno) *No Hispano / Latino *Hispano / Latino *Desconocido *Otro: _____ *Prefiero No Decir	Grupo Etnico: (Por favor circule uno) *Indio Americano *Afroamericano *Blanco *Otro: _____ * Prefiero No Decir
--	---

**¿Como se entero de nosotros?** \_\_\_\_\_

TELEFONO # (Cel) \_\_\_\_\_

TELEFONO # (Casa) \_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle recordatorios de citas por mensaje de texto?  
 (Circule Uno): SI / NO

**Por favor liste su CORREO ELECTRONICO para que podamos habilitar su portal de pacientes:**

\_\_\_\_\_

**DIRECCION DE ENVIO:**

\_\_\_\_\_

Calle / PO Box

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal

**POLITICA DE PAGO:** El adulto/tutor que trae al niño(a) sera responsable de todos los copagos y deducibles. No reenviamos facturas a otras agencias, independientemente de los fallos judiciales o los decretos de divorcio.

**NIÑOS NO ACOMPAÑADOS:** Si su hijo(a) vendra a la oficina para tratamientos regulares de su(s) condicion(es) dermatologica(es) sin acompañante, consulte el siguiente acuerdo si desea que su hijo no acompañado sea visto.

**Initials**

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable del pago de mi cuenta en el momento del servicio para deducibles, servicios no cubiertos, servicios médicamente innecesarios, copagos y saldos de seguro, en caso de que mi seguro primario sea con una compañía con la que los médicos están contratados. Si mi compañía de seguros no es una de las entidades contratadas por el médico, soy responsable del total en el momento del servicio.

\_\_\_\_\_ Por alguna razón, si mi cuenta entra en una categoría de 45 días (o después de la fecha del servicio), autorizo a esta oficina a generar cargos en mi tarjeta de crédito principal por ese saldo impago sin más autorización o aviso.

\_\_\_\_\_ Se enviará un recibo por los cargos a mi dirección.

- VISA     
  MasterCard     
  American Express     
  Discover     
  Other

Nombre que aparece en la tarjeta de credito: \_\_\_\_\_ # De Tarjeta de Credito: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /Vencimiento(Mes/Año)

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la Firma**