

HIPPA REGISTRATION FORM

Publicación de información

SCHOLES DERMATOLOGY

526 Shoup Ave w Suite A

Twin Falls, Id 83301-5050

PACIENTES DE MEDICAID DE ATENCIÓN DEBEMOS TENER UNA REFERENCIA DE CONEXIÓN SALUDABLE DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PUEDE SER VISTO.

Si tu seguro es nuestra oficina tendrá que tener una remisión de su PCP antes de que se aprecia una HMO.

Nombre completo _____ Sexo: Mujer _____ Hombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

fecha de nacimiento _____ Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Número de la seguridad social _____ Correo electrónico personal _____

Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciarse _____

¿Podemos dejar información médica sobre usted en su máquina contestadora? Sí No

¿Le da este permiso de la oficina para discutir su información médica con tu familia? Sí No

En caso afirmativo, por favor dar nombres de su familia y su relación

Firma _____ Fecha _____

Titular de la póliza de seguro o responsable información

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Estado civil: M S W D

SSN# _____ Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Con el fin de proporcionarle la mejor atención posible, su médico puede discutir su caso o transferencia de todo o parte de sus expedientes médicos a un asesoramiento médico o a su médico referente. Su firma también autoriza a Scholes Dermatología a divulgar información portadora con respecto a cuidado a su compañía de seguros a efectos de facturación.

Este comunicado se refiere a todos los pasados, actuales y futuros registros médicos.