

Complete este papeleo y tráigalo a su cita. El no hacerlo puede resultar en la reprogramación de su cita. ¡Gracias!

Colorado Springs Dermatology Clinic, P.C.
South Location: 170 S. Parkside Drive
North Location: 2060 Briargate Pkwy, Ste 150
(719) 471-1763 Fax: (719) 471-2498

**Michael J. Babcock, MD, Seth Lofgreen, MD, PharmD, Cheryl L. Marcus, MD,
Carole M. McClanahan, MD, MPH, Ginger S. Mentz, MD, Caitlin G. Robinson, MD, Patrick J. Sniezek, MD,
Brian R. Sperber, MD PhD, Nathan S. Trookman, MD, Michael B. Turner, MD**

Dermatólogos certificados

Nos complace que haya elegido a nuestro grupo de especialistas para el cuidado de su piel. Le enviamos esta información con anticipación para que su visita a nuestra oficina sea lo más conveniente posible. Nuestro horario de oficina es de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a jueves y de 8:00 am a 4:00 pm los viernes.

Formularios de registro de pacientes: complete estos formularios antes de llegar y tráigalos a su visita.

Remisiones: si tiene seguro HMO, necesitará una remisión de su médico de atención primaria (PCP) para ver a un dermatólogo. Las referencias son su responsabilidad y son generadas por el consultorio de su PCP y luego enviadas a la compañía de seguros. Una vez aprobado, la compañía de seguros le enviará una copia. Por favor traiga una copia de su referencia. Su cita será reprogramada si no tiene una referencia válida.

Tarjetas de seguro: traiga su tarjeta. Debemos poder hacer una copia. Puede enviar por correo electrónico una copia digital de su tarjeta a su llegada. Si no trae su tarjeta de seguro, usted pagará por su cuenta por su visita.

Copagos: estos son los montos que ha acordado con su compañía de seguros pagar en cada visita al consultorio médico. Si no tiene el copago requerido con usted, nuestro acuerdo con su compañía de seguros nos obligará a reprogramar su cita.

Reclamaciones de seguros: Para su conveniencia, presentaremos sus reclamaciones de salud utilizando la información del seguro que nos haya proporcionado. Si cambia su cobertura de seguro, asegúrese de informarnos cuando ingrese. Tenga en cuenta que muchos planes de seguro incluyen montos deducibles que también son su responsabilidad. Esté preparado para pagar estos montos en su próxima visita. Nuestro departamento de facturación al (719) 471-1763 ext. 117 o 119 pueden responder preguntas sobre estos montos.

Citas tardías o perdidas: nos preocupamos mucho al diseñar los horarios de los médicos para acomodar a la mayor cantidad de personas posible. Si llega tarde a su cita, haremos todo lo posible para atenderlo cuando llegue. Llame con anticipación y avísenos si llegará tarde al (719) 471-1763. Si necesita reprogramar una cita, llame al (719) 471-1763 ext. 100.

Cirugía: asegúrese de pedir las instrucciones adecuadas de “cuidados posteriores” para llevarlas como referencia en el futuro. También tenga en cuenta que muchas compañías de seguros tienen montos deducibles de cirugía separados que debe cumplir. Los resultados de patología le serán comunicados por teléfono una vez recibidos del laboratorio, por orden del médico.

Recarga de medicamentos recetados: si necesita recargar un medicamento recetado, llame a su farmacia primero.

Colorado Springs Dermatology Clinic, P.C.

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

¿Cómo le gustaría que se dirigieran a usted? _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: _____ Identifica como: M/F/O

Número de telefono de casa:(____) _____ Número de teléfono móvil :(____) _____

Doctor de cabecera: _____ Proveedor de referencia: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del seguro primario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de seguro social: ____ - ____ - ____ **Número de póliza:** _____

Nombre / número de grupo: _____

Relación con el paciente: ☐ Uno mismo ☐ Esposo ☐ Padre ☐ Otro

Nombre del seguro secundario, si corresponde: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de seguridad social: ____ - ____ - ____ **Número de póliza:** _____

Nombre / número de grupo: _____

Relación con el paciente: ☐ Uno mismo ☐ Esposo ☐ Padre ☐ Otro

Firma del paciente o representante: _____ **Fecha:** _____

Colorado Springs Dermatology Clinic, PC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.