

## BRENTWOOD SKIN CLINIC PATIENT REGISTRATION

Fecha de hoy: mes: \_\_\_\_\_ / día: \_\_\_\_\_ / año: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Apellido de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: mes: \_\_\_\_\_ / día: \_\_\_\_\_ / año: \_\_\_\_\_ Sexo:    Mujer    Hombre

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección (de correo/casa): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: (rodear con un círculo):            Casado(a)    Soltero(a)    Viudo(a)    Otro

¿Cómo supo de nosotros? (rodear con un círculo): Familia/Amigo    Internet    Otro: \_\_\_\_\_

La farmacia preferida (nombre, ciudad, y teléfono): \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (Inicial) He recibido, revisado, y ACORDADO a **la política financiero**.

\_\_\_\_ (Inicial) He recibido, revisado, y ACORDADO a **la política HIPAA** (la ley de portabilidad y contabilidad de los seguros de salud).

### LA PARTE RESPONSABLE

(la persona que acompaña el/la paciente si es menor)

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección (de correo/casa): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: mes: \_\_\_\_\_ / día: \_\_\_\_\_ / año: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Ponga sus iniciales en cada uno que se aplica:

\_\_\_\_\_ Los empleados de Brentwood Skin Clinic pueden dejar un mensaje de voz detallado

\_\_\_\_\_ Los empleados de Brentwood Skin Clinic pueden hablar **solamente** al paciente con respecto a su información médica.

\_\_\_\_\_ Los empleados de Brentwood Skin Clinic pueden hablar con esa(s) persona(s):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_