

# Please Print

*Clear Skin Dermatology*

Registration Information

## I. Patient Information

Legal Name:(Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female Birthdate: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_  
MM / DD / YYYY

Home Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_ Unit#: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Race:  Asian  Black or African American  Pacific Islander  Native American  White  Other \_\_\_\_\_

Ethnicity: (optional)  Latino/Hispanic  Non-Hispanic or Latino

Preferred Language: \_\_\_\_\_

Referred by a physician?  Y  N Physician Name: \_\_\_\_\_

If not, how did you hear about us? \_\_\_\_\_

### In Case of Emergency Call:

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

## II. Primary Insurance Information - only required if the patient is not the policy holder

Policy Holder Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Insurance Name: \_\_\_\_\_ \*\*A copy of your insurance card will be taken at the office.

## III. Secondary Insurance Information

Policy Holder Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Insurance Name: \_\_\_\_\_ \*\*A copy of your insurance card will be taken at the office.

# Favor de Imprimir

*Clear Skin Dermatology*

## Información de Registración

### I. Información de Paciente

Nombre Legal:(Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenina Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
MM / DD / AAAA

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad/ Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_ # de Unidad: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Negro o Africano Americano  Isleño Pacifico  Native American  Blanco  Otro \_\_\_\_\_

Étnica: (opcional)  Latino/Hispano  No-Hispano o Latino

Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

¿Referido por un Médico?  S  N Nombre de Medico: \_\_\_\_\_

¿Si no es así, como escucho de nosotros? \_\_\_\_\_

### En Caso de Emergencia Llame:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### II. Información de Asegurancia Primaria – solamente requerido si el paciente no es el portador de la póliza

Nombre de Portador de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurancia: \_\_\_\_\_ \*\*Una copia de su tarjeta de asegurancia era tomada en la oficina.

### III. Información de Asegurancia Secundaria

Nombre de Portador de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurancia: \_\_\_\_\_ \*\*Una copia de su tarjeta de asegurancia era tomada en la oficina.