

Nombre: _____ No. de cuenta _____ Fecha: _____

Información Del (La) Paciente

Nombre de Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Escuela: _____

Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Sexo: Masculino Femenino No. De Seguro Social: _____

Ultima Visita Dental: ___/___/___ Razón De Su Visita: _____ Ultimas Radiografías Dentales: ___/___/___

Nombre De El Ultimo Dentista: _____ Ciudad: _____ Teléfono (____) _____ - _____

Razón para esta visita, molestia principal: _____

Información De La Persona Responsable (Esposo (a), Madre, Padre o Tutor)

Nombre de la Persona Responsable: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Parentesco: _____

Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Sexo: Masculino Femenino No. De Seguro Social: _____

Dirección (calle): _____ # De Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono Casa: (____) _____ Tel De Mensaje: (____) _____ Celular: (____) _____

Tel Del Trabajo Madre: (____) _____ Tel Del Trabajo Padre: (____) _____ E-mail: _____

Con quien de su familia podemos comunicarnos en caso de emergencia? _____ Teléfono:(____) _____

A quien podemos agradecer el haberle referido a nuestra oficina: Paginas Amarillas Volante Penny Saver Paso Por Afuera

Correo Mostrador en el Centro Comercial Paciente: _____ Doctor: _____ Otro: _____

Por Favor Liste A Todos Los Miembros De Su Familia Inmediata

Nombre completo	Es Paciente De Nuestra Oficina	Fecha de Nacimiento	Parentesco Con El/La Paciente
1.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
2.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
3.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
4.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Información De Seguro Dental Primario

Nombre Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento Del Asegurado: ___/___/___

No De Seguro Social Del Asegurado: _____

Trabajo Del Asegurado: _____

No. De Tel Del Trabajo Del Asegurado:(____) _____

Nombre De La Compañía De Seguro: _____

No. De Tel De La Compañía De Seguro:(____) _____

Numero De Grupo.: _____ Local: _____

Información de Seguro Dental Secundario

Nombre Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento Del Asegurado: ___/___/___

No De Seguro Social Del Asegurado: _____

Trabajo Del Asegurado: _____

No. De Tel Del Trabajo Del Asegurado:(____) _____

Nombre De La Compañía De Seguro: _____

No. De Tel De La Compañía De Seguro:(____) _____

Numero De Grupo.: _____ Local: _____

Nuestra oficina esta recopilando datos étnicos y raciales para desarrollar mejores sistemas y entrenamiento de personal para poder servirle mejor a todos nuestros pacientes. Por lo mismo le pedimos que haga las selecciones mas apropiadas para identificar el grupo étnico y la raza del (la) paciente. Esta información es totalmente voluntaria y confidencial.

Grupo Étnico:

- Hispano Blanca
 No Hispano Negra

Raza:

- India Nativa Americana, Esquimal Otra: _____
 Asiática, Isleña Desconocida

Por medio de la presente autorizo a la oficina dental a recibir directamente el pago de los beneficios dentales que de otra manera serian pagables a mí. Entiendo que soy responsable por todos los cargos independientemente de la cobertura de seguro. Por medio de la presente autorizo a la Oficina Dental para que administre los medicamentos necesarios tales como anestesia local y para otorgar servicios de diagnostico, fotográficos y procedimientos terapéuticos como sea necesario para un cuidado dental adecuado. Afirmo que la información que contiene esta pagina y el historial medico/dental es correcta dentro de mis facultades. Por medio de la presente autorizo a la Oficina Dental para que comparta mi información medica/dental y cualquier información sobre mi tratamiento dental a terceras personas involucradas con el pago de dichos servicios y otros profesionales de salud involucrados en mi tratamiento.

Firma: _____ Licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Fecha: ___/___/___

(Padre, Madre o Tutor)