

Bienvenido

Le damos la bienvenida a nuestra clínica. Tómese algunos minutos para completar este formulario en la forma más exhaustiva posible. Con gusto responderemos todas sus preguntas. Nos alegra trabajar con usted para mantener su salud dental.

Información del paciente

Fecha _____	Teléfono del hogar (____) _____	Celular (____) _____
Nombre _____	SS/HIC/ID Paciente _____	
Apellido _____	Nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Dirección _____	Correo electrónico _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad _____	Fecha de nacimiento _____
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Menor		<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja durante _____ años
Empleador/escuela del paciente _____	Ocupación _____	
Dirección del empleador/escuela _____	Teléfono del empleador/escuela (____) _____	
¿A quién podemos agradecer su referencia? _____		
¿En caso de emergencia, a quién debemos notificar? _____		Teléfono (____) _____

Seguro primario

Persona responsable por la cuenta _____	Apellido _____	Nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Relación con el paciente _____	Fecha de nacimiento _____	Núm. Seg. Soc. _____	
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____	Teléfono (____) _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	
Persona responsable empleada por _____	Ocupación _____		
Dirección laboral _____	Teléfono laboral (____) _____		
Compañía de seguros _____			
Número de contrato _____	Número de grupo _____	Número de suscriptor _____	
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____			

Seguro adicional

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del suscriptor _____	Fecha de nacimiento _____	Relación con el paciente _____	
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____	Teléfono (____) _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	
Suscriptor empleado por _____	Teléfono del trabajo (____) _____		
Compañía de seguros _____			
Número de contrato _____	Número de grupo _____	Número de suscriptor _____	
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____			