

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente (Apellido, Nombre de Pila): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Hembra

Nombre de Persona Responsable: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico(s): \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted antes de su cita? \_\_\_\_\_  
 Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro

Nombre del asegurado (Apellido, Nombre de Pila): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguro Dental: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación: \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación : \_\_\_\_\_  
 Formulario de reclamación de seguro médico (HICF 1500) Solicitado: S  N

*Como parte de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, nuestra oficina está obligada a registrar "datos de uso significativos" para cada paciente. Por favor, responda a lo siguiente:*

**Raza:** [  ] Indio Americano o Nativo de Alaska [  ] Asiático [  ] Negro o afroamericano  
 [  ] Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico [  ] Caucásico [  ] Preferir no responder  
**Origen étnico:** [  ] Hispano o Latino [  ] No hispanos o latinos o prefieren no responder  
**Idioma preferido:** [  ] Inglés [  ] Español [  ] Otro \_\_\_\_\_

### Información de Tratamiento

Duración estimada de la cita: \_\_\_\_\_ Tarifa estimada: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

### Información Médica

Medicamentos actuales

Medicación	Dosis:	Frecuencia por Dia

Condiciones médicas conocidas: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos conocidas: \_\_\_\_\_