

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: _____