

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 Día

Condiciones médicas conocidas: _____

Alergias a medicamentos conocidas: _____