



¡BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA!

¿CON QUIEN NOS DAMOS GUSTO?

¿Cómo escuchó de nuestra oficina? Dentista Amigo: _____ **Google Instagram Facebook Seguro**

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Número teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____ Número de seguro social: _____

¿Quién es su dentista?: _____ Número de teléfono: _____

¿Cómo gustaría que nos comuniquemos? llamada telefónica, mensaje de texto o correo electrónico? _____

¿Le gustaría recibir frenillos hoy? _____

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Nombre completo de la parte responsable: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de casa: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de seguro social: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ Nombre de empleador: _____

Nombre de compañía de seguro: _____ Nombre del grupo: _____

Número de identificación del titular de la póliza: _____ Fecha efectiva: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono del seguro: _____

INFORMACIÓN SEGURO SECUNDARIO

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ Nombre de empleador: _____

Nombre de compañía de seguro: _____ Nombre del grupo: _____

Número de identificación del titular de la póliza: _____ Fecha efectiva: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono del seguro: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Persona de contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

POR FAVOR EN UN CÍRCULO ENCIERRE CONDICIONES MÉDICAS QUE PUEDA APLICAR AL PACIENTE

- | | | |
|--|--|---|
| • ADD or ADHD | • Epilepsia | • Hepatitis o Ictericia |
| • AIDS | • Resfriados Frecuentes | • Herpes |
| • Anemia | • Cansancio Frecuente | • Válvula Mitral de presión Arterial Baja |
| • Arthritis | • Glaucoma | • Enfermedad periodontal por prolapso |
| • Huesos o articulaciones artificiales | • Audiencia Para Discapacitados o Discapacitados | • Problema psiquiátrico respiratorio |
| • Autismo | • Infarto De Miocardio | • Problemas fiebre reumática convulsiones |
| • Asthma | • Defecto Congenito Del Corazon | • Shingles |
| • Trastornos De Sangre | • Presión arterial Alta | • Enfermedad de células falciformes |
| • Daño Cerebral | • Nefropatia | • Úlceras de estómago |
| • Cancer | • Enfermedad Del Hígado | • Carrera |
| • Medicamento De Cancer | • Soplo Cardíaco | • Problema De tiroides Tuberculosis |
| • Diabetes | • Cirugía Cardiac/Corazón | • Otro _____ |
| • Mareos Y Desmayos | • Marcapasos | |
| • Drogas y Alcohol | • Hemofilia/ Sangrado Abdominal | |
| • Enfisema | | |

POR FAVOR EN UN CÍRCULO ENCIERRA CUALQUIERA DE LOS HÁBITOS DEL PACIENTE

- | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Respiratorio abnormal | • Respirando Por La boca | • Chuparse El Dedo |
| • Morderse Las uñas | • Rechinar Los Dientes Fumar | • Tobacco En Cualquier Forma |
| • Chupando Lengua | • Morder La Lengua | |

Por favor de un listado de los medicamentos que toma el paciente. (Sin y Con Receta): _____

Indique un listado de las Alergias del paciente (látex, metal, medicamentos, etc): _____

Certifico que esta información es verdadera y correcta para mi leal saber y entender. Entiendo que soy responsable de todos los cargos financieros.

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____