

**REGISTRO DEL PACIENTE**

**POR FAVOR COMPLETE TODA LA INFORMACION POSIBLE**

**Sección I**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Femenino Estado Civil:  Soltero  Divorciado  Separado  Casado  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Licencia: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  Me gustaría recibir correspondencia vía correo Electrónico  
Estado de estudiante:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  
Tipo de seguro dental:  Privado: \_\_\_\_\_  Medicaid: # \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Sección II**

**INFORMACION DE PADRES / GUARDIAN**

Seguro Dental Primario  Seguro Dental Primario

**MADRE / MADRASTRA**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Licencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_  
Ciudad-Estado-Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Celular #: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_  
Servicio al cliente #: \_\_\_\_\_  
Grupo # / ID #: \_\_\_\_\_

Seguro Dental Primario  Seguro Dental Primario

**PADRE / PADRASTRO**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Licencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_  
Ciudad-Estado-Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_  
Trabajo #: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Celular #: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_  
Servicio al cliente #: \_\_\_\_\_  
Grupo # / ID #: \_\_\_\_\_

**Sección III**

DOCTOR/PEDIATRA \_\_\_\_\_ DIRECCION/TELEFONO \_\_\_\_\_  
**REFERIDO POR:** \_\_\_\_\_ DENTISTA ANTERIOR: \_\_\_\_\_  
 Anuncio en Ventana  Anuncio en la Calle  Publicidad  Familia / Amigo / Referido por Doctor \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_  
CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_

POR FAVOR PROPORCIONE TODA LA INFORMACION PARA PODERLES SERVIR MEJOR.

TOME EN CUENTA QUE ESTA INFORMACION ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL Y NO SERA CEDIDA A NINGUNA OTRA COMPAÑIA AL MENOS QUE USTED FIRME DANDO CONSENTIMIENTO.

PACIENTES CON SEGURO DENTAL PRIVADO: YO ENTIENDO QUE LA INFORMACION SERA UTILIZADA PARA VERIFICAR ELEGIBILIDAD DE MI SEGURO DENTAL ACTUAL, SI YO NO PROPORCIONO LA MI INFORMACION, ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR LOS SERVICIOS POR COMPLETO.