



## Formulario de información del paciente

¡Bienvenidos! Para que podamos brindarle un mejor servicio, complete estos formularios en su totalidad.

Declaración de misión: Mejorar la calidad de vida de todas las personas que visitan nuestra oficina al protegerlas, promoverlas y educarlas sobre su salud bucal. Brindar odontología de alta calidad, con énfasis en la prevención, a las personas, dentro y alrededor de nuestra comunidad, dentro de un ambiente cómodo y amigable que refleje nuestro compromiso con el cuidado personal.

### Acerca de ti

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_

Masculino    Hembra

Soltero Casado Divorciado Viuda Separados

Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Celda # \_\_\_\_\_

Trabajo # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

\_\_\_\_\_

### Información del cónyuge

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Información del seguro

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Miembro #/SSN \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Empleador suscriptor \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía de Seguros # \_\_\_\_\_

Relationship to Subscriber \_\_\_\_\_

### Responsable

Persona responsable si el paciente es dependiente

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección de facturación \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### Información de Seguros Secundarios

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Miembro #/SSN \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Empleador suscriptor \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía de Seguros # \_\_\_\_\_

Relationship to Subscriber \_\_\_\_\_