

# Formulario de Registro del Paciente

## INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento

Direccion \_\_\_\_\_  
(calle) (ciudad) (estado) (codigo postal o zip code)

Telefono (celular): \_\_\_\_\_ Telefono (casa): \_\_\_\_\_

Telefono (trabajo): \_\_\_\_\_ Puede usted ser llamado al trabajo?  Si  No

Marriage Status:  Divorciado  Casado  Soltero  Viudo

Sexo:  Masculino  Femenino Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Nombre de su Medico general \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

Usted tiene seguro dental:  Si  No \*Si es asi, por favor entregue una copia a la recepcionista\* Usted tiene seguro dental secundario?  Si  No

## INFORMACION: (TODO LOS ADULTOS DEBEN LLENAR ESTA SECCION)

Empleador: \_\_\_\_\_ Direccion de su trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a): \_\_\_\_\_

Empleador del esposo(a): \_\_\_\_\_ Direccion donde trabaja: \_\_\_\_\_

## INFORMACION: (TODOS LOS MENORES DE EDAD DEBEN LLENAR ESTA SECCION)

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Donde trabaja: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Donde trabaja: \_\_\_\_\_

## AUTHORIZED CONTACTS

Autorizo al consultorio dental a comunicarse con la(s) persona(s) indicada(s) a continuación con respecto a mi:

Información de tratamiento  Programación de citas  Facturación y asuntos de seguro

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

Madre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Esposo(a): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Hijo(s): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo actualizar o revocar esta autorización en cualquier momento notificando al consultorio por escrito.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_