

¿Mejor forma de comunicacion	
<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo
<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Texto
<input type="checkbox"/> Correo electrónico	

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA

INFORMACION PERSONAL

FECHA _____

NOMBRE _____ FEMENINO MASCULINO
nombre apellido

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

CORREO ELECTRONICO _____ CEL# _____ HOGAR# _____

TRABAJO# _____ SS# _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ENCIERRA EL APROPRIADO: MENOR SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO SEPARADO

¿ESTUDIANTE? **TIEMPO COMPLETO / MEDIO TIEMPO** NOMBRE DE ESCUELA _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NOMBRE DE SU CONYUGE OR NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN _____

TRABAJO# _____ ¿QUIEN LE HA REFERIDO? _____

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN SE LE PUEDE NOTIFICAR _____ TEL _____
(alguien que no vive en la misma casa)

PERSONA RESPONSABLE

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____ PARENTESCO _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

HOGAR# _____ CEL # _____ CORREO ELECTRONICO _____

DE LICENCIA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____

EMPLEADOR _____ TRABAJO # _____

PERSONAS CON QUIEN PODEMOS HABLAR DE SU CUENTA _____

PERSONAS CON QUIEN PODEMOS HABLAR DE SU TRATAMIENTO _____

SEGURO DENTAL

NOMBRE DE PERSONA CON SEGURO _____ RELACION AL PACIENTE _____

SS# _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EMPLEADOR _____

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ TEL# _____

GRUPO _____ # POLIZA _____

¿TIENE ALGUN SEGURO DENTAL ADICIONAL? SI NO EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DE PERSONA CON SEGURO _____ RELACION AL PACIENTE _____

SS# _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EMPLEADOR _____

NOMBRE DE ASEGURANZA _____ TEL# _____

GRUPO _____ # POLIZA _____

X _____
Firma del Paciente o Padre/Guardian

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

1. Yo doy mi consentimiento para que el doctor o el personal asignado tome radiografias, impresiones, fotografias or cualquier otro procedimiento necesario para que el doctor pueda hacer un diagnostico dental para (nombre del paciente)_____.
2. Basado en el diagnostico, yo doy mis autorizacion para que el doctor implemente el tratamiento necesario para proveer un tratamiento adecuado. Este tratamiento sera mutuamente acordado entre el doctor y el paciente / persona responsable.
3. Estoy de acuerdo en el uso the anestesia, sedativos o otra medecina necesaria. Se que el uso de anestesia invade ciertos riesgos. Entiendo que yo puedo pedir un recitaje completo de las posibles complicaciones.
4. Yo estoy de acuerdo en ser responsable de los cargos monetarios por la atencion de los tratamientos dentales en mi o en mi familia. Yo entiendo que la cuenta debe ser liquidada en el dia de servicio a menos de que otro arreglo financiero este acordado.

Firma del Padre / Madre / Guardian _____ Fecha _____

Firma del Persona Responsable _____ Fecha _____

Relacion Al Paciente _____