

¿Mayor 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



FECHA \_\_\_\_\_

## INFORMACION PERSONAL

NOMBRE \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino  
 nombre apellido

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ CEL# \_\_\_\_\_ HOGAR# \_\_\_\_\_

TRABJO# \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ENCIERRA EL APROPRIADO: MENOR SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO SEPARADO

NOMBRE DE SU CONYUGE OR NOMBRE DE PADRE/GUARDIAN \_\_\_\_\_ TEL# \_\_\_\_\_

¿QUIEN LE HA REFERIDO? \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA A QUIEN SE LE PUEDE NOTIFICAR \_\_\_\_\_ TEL# \_\_\_\_\_

RELACION \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE

YO MISMO  OTRO NOMBRE \_\_\_\_\_

# DE LICENCIA \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ TRABAJO# \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

# GRUPO \_\_\_\_\_ # POLIZA \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Padre/Guardian \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

- 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) \_\_\_\_\_.
- Basado en el diagnostico, you 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.
- 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.
- 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 Paciente \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Persona Responsable \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Relacion Al Paciente \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_