

Registracion

① Informacion del Paciente

Nombre de Paciente _____

Su Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
Fecha de Nacimiento _____
Numero de Seguro _____
Nombre de su trabajo _____
Telefono de su trabajo _____
Como escucho de nosotros? _____

② Asegurancia Dental

Quien es responsable por su cuenta? _____

Compania de Asegurancia: _____

Numero de identificacion del empleado? _____
Nombre del Grupo y Numero: _____
Tiene seguro secundario? _____
Con Quien? _____
Autorizo la liberacion de cualquier informacion que se relacione a este reclamo. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental. Por la presente autorizo el pago directo al dentista de los beneficios de la asegurancia, de otro modo tendre que pagarlos yo.

③ Numeros Telefonicas

Numero del telefono de su casa: _____ Del Trabajo: _____
El mejor lugar el hora para comunicar con Usted: _____
En el caso de emergencia con quien podemos comunicar?
Nombre: _____ Relacion del paciente: _____
Numero de la casa: _____ Numero del trabajo: _____

④ Medicinas

Que medicinas toma Usted? _____

Cual es su Farmacia? _____
Numero de telefono de su Farmacia? _____

⑤ Alergicas

- Aspirina Anestecia Local
 Penicilina Sufla
 Codeina Novocaina

 Otro _____

