



## REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

Gracias por escoger Avila Dental! Haremos lo posible para prestarle el mejor servicio dental. Para ayudarnos por favor llene el siguiente formulario completamente usando tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, por favor pregúntenos, le ayudaremos con mucho gusto.

### INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Telf. Casa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Telf. Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Mejor método de contacto (marque uno):  e-mail  celular  teléfono de casa  mensaje de texto

Marque el más apropiado:  Menor  Soltero  Casado  Viudo  Separado

Si es estudiante, nombre de la institución \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Empleador del paciente o del representante \_\_\_\_\_ Telf. Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Nombre de pareja/ representante \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nuestra clínica? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que lo refirió \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE DE LA CUENTA

Persona responsable de la cuenta \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Telf. Casa \_\_\_\_\_ Telf. Celular \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

¿Es paciente actual de esta clínica?  Si  No Numero de licencia \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Telf. Trabajo \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Día empleado \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Telf. Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Seguro dental \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ Póliza/ ID # \_\_\_\_\_

¿Tiene otro seguro dental?  Si  No Si su respuesta es SI, por favor complete lo siguiente:

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ Póliza/ ID# \_\_\_\_\_