

# Bienvenido

Le damos la bienvenida a nuestra clínica. Tómese algunos minutos para completar este formulario en la forma más exhaustiva posible. Con gusto responderemos todas sus preguntas. Nos alegra trabajar con usted para mantener su salud dental.

## Información del paciente

Fecha _____	Teléfono del hogar (____) _____	Celular (____) _____
Nombre _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____	SS/HIC/ID Paciente _____	
Dirección _____	Correo electrónico _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad _____ Fecha de nacimiento _____	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Menor	
	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja durante _____ años	
Empleador/escuela del paciente _____	Ocupación _____	
Dirección del empleador/escuela _____	Teléfono del empleador/escuela (____) _____	
¿A quién podemos agradecer su referencia? _____		
¿En caso de emergencia, a quién debemos notificar? _____ Teléfono (____) _____		

## Seguro primario

Persona responsable por la cuenta _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____	
Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____	Núm. Seg. Soc. _____
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____	Teléfono (____) _____
Ciudad _____	Estado _____ Código postal _____
Persona responsable empleada por _____	Ocupación _____
Dirección laboral _____	Teléfono laboral (____) _____
Compañía de seguros _____	
Número de contrato _____ Número de grupo _____	Número de suscriptor _____
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____	

## Seguro adicional

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del suscriptor _____	Fecha de nacimiento _____	Relación con el paciente _____
Dirección (si es diferente de la del paciente) _____	Teléfono (____) _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Suscriptor empleado por _____	Teléfono del trabajo (____) _____	
Compañía de seguros _____	Núm. Seg. Soc. _____	
Número de contrato _____	Número de grupo _____	Número de suscriptor _____
Nombres de otras personas a cargo cubiertas por este plan _____		