



# Información del paciente

¡Bienvenido a Art of Dentistry! Siempre nos esforzaremos para merecer la confianza que usted ha puesto en nosotros. Para ayudarnos a satisfacer sus necesidades dentales, por favor llene estos formularios.

## Información personal

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_  
 ( ) Hombre ( ) Mujer ( ) Soltero(a) ( ) Casado (a)  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Por favor marque el mayor número de teléfono para contactarle:  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_   
 Ciudad/Estado/ Zip: \_\_\_\_\_ Número casa: \_\_\_\_\_   
 # Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número trabajo: \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_   
 Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Puedo recibir mensajes de texto  Sí  No  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Puedo recibir emails  Sí  No

¿Cómo supo de nosotros, o a quién podemos agradecer por haberlo referido? \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, por favor llene la siguiente información sobre el padre/madre o guardián:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Número teléfono casa: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/ Zip: \_\_\_\_\_ Número celular: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Puedo recibir mensajes de texto  Sí  No  
 Puedo recibir emails  Sí  No

## Información del seguro/aseguranza

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad: \_\_\_\_\_  
 Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre o # de plan: \_\_\_\_\_  
*Si tiene seguro adicional, favor de llenar lo siguiente:*  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de efectividad: \_\_\_\_\_  
 Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre o # de plan: \_\_\_\_\_

## Información de empleo/estudio

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección de empleo: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/ Zip: \_\_\_\_\_  
 Si es estudiante, cuál escuela: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha