

PATIENT INFORMATION CHART # _____

PATIENT

Name _____
Last First

Address _____ Apt. # _____

City _____ Zip _____

How long at this address? _____

Phone () _____

Cell/Pager () _____

E-mail _____

Social Security # _____

DL# _____

Age _____ Birthdate _____

Primary Language _____

Ethnicity _____

GETTING TO KNOW YOU

Do you have family members who may need dental care?
 If so, please list name & relationship (son, daughter, husband)

1: _____ 2: _____
 3: _____ 4: _____

How did you hear about our office? (Circle one)

Family-Friend (400)	Insurance Plan (460)
Confident® (440)	Television (020)
Newspaper (470)	Radio (030)
Billboard (050)	Yellow Pages (120)
Flyer-Coupon (490)	Direct Mail Postcard (480)
Office Sign (420)	Internet-Website (190)
Office Transfer (430)	

I want information in Spanish: YES _____ NO _____

EMPLOYMENT

Occupation _____

Employer _____

How Long? _____

Business Address _____

City _____ Zip _____

Business Phone () _____ Ext. # _____

Verified By _____ Date _____

(Office use only)

REFERENCES

Name _____
Last First

Phone () _____

Name _____

Phone () _____

Spouse's Name _____

Spouse's Work Phone () _____
Last First

PERSON TO CONTACT FOR EMERGENCY:

Last _____ First _____

Phone () _____

Physician _____ Phone () _____

RESPONSIBLE PARTY (If same as above, please skip)

Name _____
Last First Apt. # _____

Address _____

City _____ Zip _____

How long at this address? _____

Phone () _____

Social Security # _____ DL# _____

Relationship to Patient _____

Age _____ Birthdate _____

INSURANCE / DENTAL PLAN

Primary: Insurance PPO HMO (Circle one)

Plan Name _____

Address _____

City, Zip _____

Insurance / Plan Phone # _____

Employer _____

Union/Local _____ Group # _____ Plan# _____

Insured's Name _____

Insured's Soc. Sec. # _____ Birthdate _____

INSURANCE / DENTAL PLAN

Secondary: Insurance PPO HMO (Circle one)

Plan Name _____

Address _____

City, Zip _____

Insurance / Plan Phone # _____

Employer _____

Union/Local _____ Group # _____ Plan# _____

Insured's Name _____

Insured's Soc. Sec. # _____ Birthdate _____

INSURANCE / MEDICAL PLAN

Primary: Insurance PPO HMO (Circle one)

Plan Name _____

Address _____

City, State, Zip _____

Insurance / Plan Phone # _____

Employer _____

Union/Local _____ Group # _____ Plan# _____

Insured's Name _____

Insured's Soc. Sec. # _____ Birthdate _____

- I certify that the information provided is accurate and will be relied upon for granting credit and providing dental services. I understand that I am financially responsible for the charges not covered by or paid by my insurance for whatever reason.
- By signing below, I authorize that you may verify and exchange information on me and any additional applicants, including requiring reports from credit reporting agencies.
- I authorize payment directly to the dentist of any group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that I am financially responsible for any charges not covered by this authorization. I authorize release of any information relating to any dental claim or claims.
- I understand that this dental practice is owned and operated by an independent dentist. I acknowledge that each dentist is individually responsible for the dental care provided to me and no other dentist or corporate entity is responsible for my dental treatment.

 Signature of Responsible Party or Patient (Parent if Patient is a Minor) Date

**DATOS DEL
PACIENTE**
N.º DE REGISTRO _____

PACIENTE

 Nombre _____
Apellido Nombre
 Dirección _____ Dpto. N.º _____
 Ciudad _____ Código postal _____
 ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____
 Teléfono () _____
 Cel./Buscapersonas () _____
 Correo electrónico _____
 N.º de Seg. Social _____
 N.º de lic. de conducir _____
 Edad _____ Fecha de nac. _____

PARTE RESPONSABLE (Si es igual a lo anterior, no completar)

 Nombre _____
Apellido Nombre
 Dirección _____ Dpto. N.º _____
 Ciudad _____ Cód. postal _____
 ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____
 Teléfono () _____
 N.º de Seg. Social _____ N.º de lic. _____
 Parentesco con el paciente _____
 Edad _____ Fecha de nac. _____

EMPLEO

 Ocupación _____
 Empleador _____
 ¿Durante cuánto tiempo? _____
 Dirección comercial _____
 Ciudad _____ Cód. postal _____
 Tel. comercial () _____ Ext. N.º _____
 Verificado por _____ Fecha _____
(Para uso exclusivo de la institución)
REFERENCIAS

 Nombre _____
Apellido Nombre
 Tel. () _____
 Nombre _____
 Tel. () _____
 Nombre del cónyuge _____
Apellido Nombre
 Tel. laboral del cónyuge () _____

PERSONA A QUIÉN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

 Apellido _____ Nombre _____
 Tel. () _____
 Médico _____ Tel. () _____

MÁS SOBRE USTED

 ¿Algún miembro de su familia necesita atención dental?
 Si es así, indique el nombre y el parentesco (hijo, hija, esposo)

 1: _____ 2: _____
 3: _____ 4: _____

¿Cómo se enteró de esta institución? (Marque una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar-amigo (400) | <input type="checkbox"/> Plan de seguro (460) |
| <input type="checkbox"/> ConfiDente (440) | <input type="checkbox"/> Televisión (020) |
| <input type="checkbox"/> Periódico (470) | <input type="checkbox"/> Radio (030) |
| <input type="checkbox"/> Cartelera (050) | <input type="checkbox"/> Páginas amarillas (120) |
| <input type="checkbox"/> Folleto/cupón (490) | <input type="checkbox"/> Correo postal directo/tarjeta (480) |
| <input type="checkbox"/> Letrero de la institución (420) | <input type="checkbox"/> Internet/sitio web (190) |
| <input type="checkbox"/> Calcomanía de la institución (430) | |

 Deseo obtener información en español: Sí NO
SEGURO / PLAN DENTAL
Principal: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

 Nombre del plan _____
 Dirección _____
 Ciudad, cód. postal _____
 N.º telefónico del plan/seguro _____
 Empleador _____
 Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____
 Nombre del asegurado _____
 N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

SEGURO / PLAN DENTAL
Secundario: Seguro PPO HMO (Marque una opción)

 Nombre del plan _____
 Dirección _____
 Ciudad, cód. postal _____
 N.º telefónico del plan/seguro _____
 Empleador _____
 Sindicato/Local _____ Grupo N.º _____ Plan N.º _____
 Nombre del asegurado _____
 N.º de Seg. Social _____ Fecha de nac. _____

1. Certifico que la información brindada es precisa y se confiará en ella para otorgar crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy el responsable financiero de los costos que, por cualquier motivo, no estén cubiertos ni pagados por mi seguro.
2. Al firmar abajo, los autorizo a verificar la información sobre mí y sobre cualquier otro solicitante y a intercambiar dicha información, incluso a solicitar informes a agencias de informes crediticios.
3. Autorizo el pago directo al odontólogo de todos los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, se me pagarían a mí. Entiendo que soy el responsable financiero de cualquier costo no cubierto por esta autorización. Autorizo la revelación de todo tipo de información relacionada con cualquier tipo de reclamos dentales.
4. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un odontólogo independiente y es administrado por dicha persona. Admito que cada dentista es el responsable individual de la atención dental que me otorga y que ningún otro dentista o entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

 Firma de la parte responsable o del paciente
 (Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Fecha

