

INFORMACION DE PACIENTE

Gracias por elegir nuestra oficina! Con el fin de servirle adecuadamente, necesitamos la siguiente informacion.
Por favor imprimir. Toda la informacion sera confidencial.

Informacion de paciente

Fecha de Hoy ____/____/____

Apellido: _____ Nombre: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Hombre: ____ Mujer: ____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Esatdo: _____ Zona Postal: _____

Telefono de Casa: _____

Informacion de los Padres

____ Madre ____ Padre ____ Madrastra ____ Padrastro ____ Padre Legal

Padre/Guardian Estado Civil: ____ Casado ____ Divorciado ____ Separado ____ Vivdo/a ____ Soltero/a

Nombre: _____ Correo Electronico: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguro: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Telefonao de Trabajo: _____ Telefono de celular: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

____ Madre ____ Padre ____ Madrastra ____ Padrastro ____ Padre Legal

Padre/Guardian Estado Civil: ____ Casado ____ Divorciado ____ Separado ____ Vivdo/a ____ Soltero/a

Nombre: _____ Correo Electronico: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Numero de Seguro: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ Telefono de Trajajo: _____ Telefono de Celular: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Otros Ninos en la familia (Nombres y edades):

Proposito de la visita:

Como escuchaste de nosotros:

Consentimiento:

1. Estoy de acuerdo en que toda la informacion anterior es verdadera y correcta, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la informacion contenida en este formulario.
2. El abajo firmante autoriza la toma de rayos x, modelos de studio, fotografias o cualquier otra ayuda diagnostica que el medico considere apropiada para hacer un diagnostico completo de las necesidades dentales de mi nino. Tambien autorizo al medico a realizar todos los tratamientos recomendados mutuamente acordados por mi ya usar la medicacion y terapia apropiado para tal tratamiento. Entiendo que el uso de agents anestesicos representa un cierto riesgo.
2. Entiendo que toda la responsabilidad por el pago de los servicios dentales proporcionados por esta oficina para mi hijo es mia. Los pagos son debidos y pagaderos en los servicios de tiempo se prestan a menos que se hayan hecho otros arreglos.

Padre/Guardian Firma

Fecha de Hoy