

# 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