

Requerimos esta información para realizar una evaluación completa y exhaustiva de sus necesidades dentales. La falta de esta información limitara nuestra capacidad para evaluar sus necesidades y podría impedir que la oficina no lo aceptase como paciente.

INFORMACION PERSONAL

Sr Sra. Rev Srta. Dr./Dra. Escriba en letra de imprenta nombre legal: apellido nombre segundo nombre

Fem. Masc. Fecha de nacimiento: (mes/día/año) Número de seguridad social : Nombre preferido:

Dirección:

Ciudad: Estado: C.P.: Correo electrónico:

Teléfono de la casa (con código de la zona) Teléfono del trabajo (con código de la zona y extensión) Celular u otro teléfono

Teléfono preferido para ponernos en contacto con el paciente: Casa Trabajo Otro

Dirección alternativa/permanente (si diferente que la de arriba) Ciudad: Estado: C.P.:

INFORMACION DE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Persona de contacto: apellido nombre segundo nombre

Relación: Teléfono de la casa (con código de la zona) Celular u otro teléfono

Dirección: Ciudad: Estado: C.P.:

Igual que dirección postal **DIRECCION DE FACTURACION**

Dirección de facturación: Ciudad: Estado: C.P.

El paciente mismo **INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE**

Escriba el nombre legal: apellido, nombre, segundo nombre Relación al paciente: Numero de seguridad social:

Dirección: Ciudad: Estado: C.P.:

Teléfono de la casa (con código de la zona) Celular u otro teléfono Fecha de nacimiento: (mes/día/año)

INFORMACION DEL SEGURO/PAGO

Seguro dental Seguro médico Medicaid (Title XIX) Agencia de Financiación IowaCare
 Sí No Sí No Sí No Sí No Sí No

| | NOMBRES DE LOS ASEGURADOS (EN ORDEN DEL ARCHIVO) | FECHA DE NACIMIENTO DE LOS ASEGURADOS (REQUERIDO) | DIRECCION DE LOS ASEGURADOS (SI DIFERENTE AL PACIENTE) | IDENTIFICACION DEL SEGURO | AGENCIA DE FINANCIACION | M/D (MEDICO/DENTAL) | NOMBRE DEL EMPLEADOR |
|---|--|---|--|---------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |

CARACTERISTIICAS DEMOGRAFICAS DEL PACIENTE

Pedimos a la siguiente información opcional para conocer mejor las características demográficas de nuestros pacientes.

Origen étnico: Blanco/Caucásico Asiático Hispano Negro/ Americano Africano Otro: _____ Lengua Preferida: Inglés Español Otra: _____

¿Cómo nos descubrió usted?
 Paciente de la Facultad de Odontología Amigo Familia Internet Directorio Otro: _____

Remitido/a por Dr/Dra: _____ Ciudad/Estado: _____