

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: \_\_\_\_\_