

Registro del paciente

Nombre	Apellido	
Nombre de preferencia	Inicial del segundo nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono primario	Número de teléfono secundario	
Correo electrónico	Licencia de conducir	
Fecha de nacimiento	Edad	Número de Seguro Social
Dentista de preferencia	Higienista de preferencia	
Farmacia de preferencia		
Información adicional/comentarios		

Persona responsable/titular del seguro (de no ser el paciente)

Nombre	Apellido	
Nombre de preferencia	Inicial del segundo nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono primario	Número de teléfono secundario	
Correo electrónico	Licencia de conducir	
Fecha de nacimiento	Edad	Número de Seguro Social

Identificación del paciente

Identificación del expediente

Identificación de Medicaid

Identificación del empleador

Identificación del miembro

Identificación del portador

El paciente es:

- El titular principal
- El titular secundario
- La persona responsable

La persona responsable es:

- El titular principal
- El titular secundario

Información del seguro primario

Empleador

Compañía de seguro

Dirección del empleador

Dirección de la compañía de seguro

Ciudad, Estado, Código postal

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono del empleador

Número de teléfono de la compañía de seguro

Beneficios

Deducible

Información del seguro secundario

Empleador

Compañía de seguro

Dirección del empleador

Dirección de la compañía de seguro

Ciudad, Estado, Código postal

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono del empleador

Número de teléfono de la compañía de seguro

Beneficios

Deducible

Relación con el titular del seguro:

- Titular del seguro
- Cónyuge
- Hijo(a)
- Otra relación _____

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Estado laboral:

- Tiempo completo
- Tiempo parcial
- Jubilado(a)

Estado civil:

- Casado(a)
- Soltero(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viudo(a)

¿Estudia usted?:

- A tiempo completo
- A tiempo parcial