

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 de Medicaid _____

Identificación del miembro _____

El paciente es:

- El titular principal
 El titular secundario
 La persona responsable

Identificación del expediente _____

Identificación del empleador _____

Identificación del portador _____

La persona responsable es:

- El titular principal
 El titular secundario

Información del seguro primario

Empleador _____

Dirección del empleador _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Número de teléfono del empleador _____

Beneficios _____

Compañía de seguro _____

Dirección de la compañía de seguro _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Número de teléfono de la compañía de seguro _____

Deducible _____

Información del seguro secundario

Empleador _____

Dirección del empleador _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Número de teléfono del empleador _____

Beneficios _____

Compañía de seguro _____

Dirección de la compañía de seguro _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Número de teléfono de la compañía de seguro _____

Deducible _____

Relación con el titular del seguro:

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

Estado civil:

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

Sexo:

- Masculino
 Femenino

Estado laboral:

- Tiempo completo
 Tiempo parcial
 Jubilado(a)

¿Estudia usted?:

- A tiempo completo
 A tiempo parcial