

Firma de persona responsable:
X

Información del Paciente

Nombre Completo: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
 Número de Seguro Social: _____
 Dirección: _____
 Número de Teléfono: _____
Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo
 Separado Menor de Edad Otro

Nombre y Dirección del Empleador: _____

Estado de Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial
 Estudiante Independiente Jubilado

E-Mail: _____
 SI, me gustaría recibir correspondencia por email

¿A quién le damos las gracias por referirlo(a) a nuestra oficina?

Contacto de Emergencia Nombre: _____
 Relación: _____ Teléfono: _____

Persona Responsable (Persona financieramente responsable por la cuenta)

Nombre: _____ Relación: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Empleador: _____

Información de Seguro

Nombre del Asegurado: _____
 Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Compañía de Seguro: _____
 SSN: _____ #Grupo: _____
 #Póliza: _____ #ID: _____

Nombre y Dirección del Empleador: _____

Información de Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: _____
 Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Compañía de Seguro: _____
 SSN: _____ #Grupo: _____
 #Póliza: _____ #ID: _____

Nombre y Dirección del Empleador: _____

Información Dental

Razón por su visita hoy: _____ Fecha de última cita dental: _____
 ¿Tiene dolor o malestar bucal? Sí No ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? Sí No

Marque (X) si tiene problemas con lo siguiente: Mal aliento Rechinando los dientes Crujido o clic de la quijada
 Dientes sueltos o empastes quebrados Sensible a lo frio, caliente, o dulce Tratamiento Periodontal Llagas en la boca

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

Certifico que yo, y /o mi(s) dependiente(s) tienen cobertura de seguro bajo _____ y autorizo los pagos de seguro que de otra manera serian pagaderas a mí, sean pagadas directamente a Francisco Mondragon D. D.S.

Entiendo que toda la responsabilidad para el pago de los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí o mis dependientes es mío, debidos y pagaderos en el momento se prestan servicios a menos que se acuerde lo contrario.

CONSENTIMIENTO

El abajo firmante autoriza al médico para las radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otro diagnóstico que se estime adecuado al médico para hacer un diagnóstico profundo conforme a las necesidades dentales del paciente. Yo también autorizo al médico para realizar todo tratamiento recomendado mutuamente convenidas por mí y a utilizar el medicamento adecuado y el tratamiento indicado para ese tipo de tratamiento en relación con _____ (paciente). Entiendo que con los agentes anestésicos encarna un cierto riesgo. Por otra parte, autorizo y doy consentimiento que el médico escoja y utilice tal asistencia como estime necesario para proporcionar el tratamiento recomendado.

Nombre en Letra Imprinta (paciente, padre, guardián o representativo) **Firma** (paciente, padre, guardián o representativo) **Fecha**