

**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**