

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE **FECHA**

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

SEXO MASCULINO FEMENINO OTRO:

SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN

CALLE APT. # CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO **TELÉFONO**

MES DÍA AÑO CASA TRABAJO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL EMPLEADOR **DIRECCIÓN**

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA – MARQUE UNO: PACIENTE TUTOR CÓNYUGE PADRE MADRE

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre Teléfono #

Dirección

Ciudad/Estado/CP

¿Algún miembro de su familia ha sido atendido en nuestra clínica? Sí No

¿A quién podemos agradecer por referirle a nuestra clínica?

AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo el pago directo a la Clínica Dental de los beneficios del seguro de grupo que de otra manera me serían pagados a mí. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental. Por la presente autorizo a la Clínica Dental a administrar los medicamentos y realizar los procedimientos diagnósticos, fotográficos y terapéuticos que sean necesarios para la atención dental adecuada. La información en esta página y los historiales dental/médico son correctos según mi leal saber y entender. Concedo el derecho al dentista de divulgar mis historiales dental/médico y otra información sobre mi tratamiento dental a terceros pagadores y/u otros profesionales de la salud por cualquier método, incluyendo transferencia electrónica.

X _____
Firma del Paciente o Responsable

Fecha _____

