



Registro de Paciente

Complete esta hoja de registro y envíela a nuestra oficina lo antes posible antes de la cita programada. Gracias.

El día de hoy _____ Altura del paciente _____ Peso _____

Dentista/Doctor _____ Día de la cita _____ Hora _____ Longitud _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ La edad del paciente _____ M o F (Por favor marque)

Padres/Guardianos _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono móvil (____) _____

Dirección del paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información de primaria aseguranza médica: *No aceptamos aseguranzas dentales!*

Compañía de aseguranza _____

Nombre del titular de la tarjeta _____ Fecha de nacimiento _____

Empleado _____

Número de identificación de aseguranza (ID#) _____

Numero de Grupo (Group #) _____

Información de secundaria aseguranza médica:

Compañía de aseguranza _____

Nombre del titular de la tarjeta _____ Fecha de nacimiento _____

Empleado _____

Número de identificación de aseguranza (ID #) _____

Numero de Grupo (Group #) _____