

# Bienvenido

Gracias por seleccionar American Dental Care!  
Para ayudarle a mejorar su salud dental. Por favor complete todas las preguntas, Si necesita ayuda o tiene preguntas, háganoslo saber estamos para ayudarle. Gracias

Receptionist: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ -201\_\_

Motivo de su visita: Chequeo Dental SI \_\_\_ NO \_\_\_ Emergencia SI \_\_\_ NO \_\_\_ UR \_\_\_ LR \_\_\_ UL \_\_\_ LL \_\_\_

## Información del Paciente: (confidencial)

Chart # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## Parte Responsable:

Nombre de la Persona Responsable \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Teléfono casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # Licencia de Manejar \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del trabajo \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Es Usted un paciente de esta Clínica? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Como supo de nosotros \_\_\_\_\_

## Nombres de 2 personas que lo conozcan:

1. \_\_\_\_\_ Tel # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Tel # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

## Información Del Seguro Dental:

Nombre de Persona Asegurada \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajo \_\_\_\_\_ # Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Dental \_\_\_\_\_ # de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Local # \_\_\_\_\_

Cubre Dependientes SI \_\_\_ NO \_\_\_ Dirección en el Internet: www \_\_\_\_\_

## Office use only:

Dental Eligibility check: Yes \_\_\_ No \_\_\_ Dependents Coverage Yes \_\_\_ NO \_\_\_ Denti-Cal: Yes \_\_\_ No \_\_\_