

HORA:

FECHA:

### REGISTRO DE PACIENTES

ID: \_\_\_\_\_

ID del cuadro: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial 2do Nombre: \_\_\_\_\_

Paciente es:  Titular de la póliza  Parte responsable

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Parte responsable ( si no es el paciente )

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial 2do Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Pager: \_\_\_\_\_

Tel. en Casa: \_\_\_\_\_

Tel. en el trabajo: \_\_\_\_\_

Ext: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Seg. Soc.: \_\_\_\_\_

Lic. de conducir: \_\_\_\_\_

El responsable es además titular de la póliza para el paciente  Titular principal de la poliza de seguro

Titular secundario de la poliza de seguro

#### Información del paciente

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado / Zip: \_\_\_\_\_

Pager: \_\_\_\_\_

Tel en Casa: \_\_\_\_\_

Tel. en el trabajo: \_\_\_\_\_

Ext: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Separado  Viudo

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Seg. Soc.: \_\_\_\_\_

Lic. de conducir: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Deseo recibir correspondencia por e-mail

#### Sección 2

#### Sección 3

Estado de Empleo:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Jubilado

nombre contacto para emergencia \_\_\_\_\_

ID de Medicaid \_\_\_\_\_

Estado estudiantil:  Tiempo completo  Tiempo parcial

No. del contacto para emergencia \_\_\_\_\_

ID de Medicaid: \_\_\_\_\_

Dentista pref.: \_\_\_\_\_

No. de Care Credit \_\_\_\_\_

ID del empleador: \_\_\_\_\_

Farmacia pref.: \_\_\_\_\_

Dentaquest \_\_\_\_\_

ID del asegurador: \_\_\_\_\_

Higienista pref.: \_\_\_\_\_

Healthplex \_\_\_\_\_

#### Información del Seguro Principal

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Yo  Cónyuge  Hijo  Otro

Seg. Soc. del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. del asegurado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Beneficios: \_\_\_\_\_

Rem. Deducible: \_\_\_\_\_

#### Información del Seguro Secundario

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado:  Yo  Cónyuge  Hijo  Otro

Seg. Soc. del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. del asegurado: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Beneficios: \_\_\_\_\_

Rem. Deducible: \_\_\_\_\_