

# Bienvenido

El privilegio de una sonrisa alegre, saludable es infinito. Nuestro objetivo es ayudarle a lograr y mantener una salud oral óptima. Por favor, sírvase llenar a cabalidad el siguiente cuestionario. Recuerde que establecer una buena comunicación influye en que usted reciba un buen servicio.

## Uno

### INFORMACION PERSONAL

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Sñta. Dr.

Prefiero ser llamado: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Calle Num. Apt.

Ciudad Estado Código Postal

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

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

Casa: \_\_\_\_\_ Otro Num.: \_\_\_\_\_

Tel Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Num. lic.: \_\_\_\_\_

**Nombre del Patrono:** \_\_\_\_\_

Dirección del Patrono: \_\_\_\_\_

Tiempo de Permanencia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Indique dónde y cuándo es el tiempo más conveniente para hablar con usted.

Indique por quién fue referido para proceder a darle las gracias.

Mencione nombre de otros miembros de su familia atendidos por nosotros:

Nombre de su dentista: anterior/actual: \_\_\_\_\_

Marque con un Círculo

Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_

## Dos

### INFORMACION DEL CONYUGE

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

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Num. Lic.: \_\_\_\_\_

**Persona Responsable de esta Cuenta:** \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Envíese Cuenta a esta Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_ Num. Lic.: \_\_\_\_\_

## Tres

### SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan, Local o Póliza Num.): \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Num. SS del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono del Asegurado: \_\_\_\_\_

## Cuatro

### SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan o Num. de Póliza): \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Num. SS del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrono del Asegurado: \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia  
¿hay alguna persona cercana a usted a  
quien nos podamos dirigir?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Num. Teléfono: \_\_\_\_\_

CASA

TRABAJO

## Cinco

### HISTORIAL MEDICO

**¿Tiene Usted un médico?**  Si  No

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONTINÚA AL DORSO