

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