

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____ SOLO PARA USO DE LA OFICINA: ☐ New Patient ☐ Existing Patient Verified Gov't Issued ID: ☐ Yes ☐ No

NOMBRE DE PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO DE PACIENTE: _____
 Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: _____ ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☐ Menor de edad

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____ ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ En pareja durante ____ años

IDIOMA DE PREFERENCIA DEL PACIENTE: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE ESTA CUENTA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

¿Cómo nos encontró? ☐ Búsqueda en Google ☐ Google Maps ☐ Amigo(a) ☐ Familiar ☐ Paciente actual ☐ Sitio web del seguro dental

☐ Referido por un especialista o médico ☐ Pasé por el consultorio ☐ Redes sociales ☐ Otro _____

SI APLICA, ¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR HABERLO(A) REFERIDO? _____

II. INFORMACIÓN DE CONTACTO

TELÉFONO DE CASA: _____ MÓVIL: _____ E-MAIL: _____

TELÉFONO DE TRABAJO: _____ EXTENSIÓN: _____ CÓNYUGE/PADRE/MADRE MÓVIL: _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Llamada

¿Podemos enviarle mensajes de texto relacionados con su tratamiento y facturación? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos enviarle correos electrónicos relacionados con su tratamiento y facturación? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos dejar mensajes de voz detallados relacionados con su tratamiento y facturación? ☐ Sí ☐ No

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ VIVE CON EL PACIENTE: ☐ Sí ☐ No

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ MÓVIL: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____

III. INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

SEGURO PRIMARIA

¿TIENE EL PACIENTE SEGURO DENTAL? ☐ SÍ ☐ NO

DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR: _____

DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

ID# _____ TELÉFONO: _____

SEGURO SECUNDARIA

¿ESTÁ EL PACIENTE CUBIERTO POR SEGURO SECUNDARIO? ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE DEL TITULAR: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR: _____

DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____

ID# _____ TELÉFONO: _____

Certifico que la información proporcionada es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.
 Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Lakeside Dental sobre cualquier cambio en mi información de contacto, cobertura de seguro o información personal.

Firma del paciente o del padre/madre o tutor: _____ FECHA: _____