



**REGISTRO DE PACIENTE**

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

Sexo: Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_

Dirrection: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ \_\_\_ edad: \_\_\_\_\_ Sócrates seguridad # \_\_\_\_\_

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Dentista previo: \_\_\_\_\_

Persona responsable por la cuenta: \_\_\_\_\_

**Compañía de suguros:** \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Información sobre el seguro primario:**

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

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ miembro ID # \_\_\_\_\_

Asegurada fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información sobre el seguro secundario:**

**Información sobre el seguro primario:**

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

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ miembro ID # \_\_\_\_\_

Asegurada fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_