

FECHA DE HOY _____

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUND NOMBRE	APELLIDO	OTRO NOMBRE O APODO
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO			FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA: <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR: <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO: <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE LO SIGUIENTE	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR	RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> ABUELOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL
	CORREO ELECTRÓNICO	
	DOMICILIO <input type="checkbox"/> IGUAL QUE ARRIBA	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTROS (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____		

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN
PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

SI USTED TIENE SEGURO DENTAL, POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE CON SU TARJETA DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO