



### BIENVENIDO

¡Gracias por su visita hoy! Apreciamos su confianza en nosotros para el cuidado de su salud dental, y nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Para ayudarnos a servirle mejor, Por favor tome unos minutos para completar el siguiente formulario. Si tiene alguna pregunta por favor no dude en preguntarnos- estaremos encantados de ayudarle. ¡Esperamos poder trabajar con usted!

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo: M o F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C D V

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electronico (email): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia: Nombre y # de teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra práctica? \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_ # de Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Empleado/a por: \_\_\_\_\_ # Del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Numero del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de otras personas cubiertas por la aseguranza: \_\_\_\_\_

Información de contacto: Estoy de acuerdo en permitir que Glouse Family Dentistry y sus socios me contacten a mi y todas las otras personas responsables en mi cuenta, en nuestro teléfono celular u otros dispositivos móviles con respecto a cualquier y todos los aspectos de mi cuenta. \_\_\_\_\_ (Firma del paciente o Tutor)

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto para recordatorios y confirmaciones de mis citas. \_\_\_\_\_ (Por favor inicial)

Doy mi consentimiento para recibir correos electronicos para recordatorios y confirmaciones de mis citas. \_\_\_\_\_ (Por favor inicial)