



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE – CLÍNICAS DENTALES

(Escriba claro en letra de molde)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T
Fecha de nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Comunicación preferida para recordatorios de citas (puede seleccionar más de uno): <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico (escriba la dirección de correo electrónico abajo) Correo electrónico:		
Dirección:		Apartamento/Unidad:	Teléfono de la casa: () <input type="checkbox"/> Principal		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Teléfono del trabajo: () <input type="checkbox"/> Principal	
Empleador:		Ciudad y estado		Teléfono celular: () <input type="checkbox"/> Principal	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, idioma que necesita:			
Contacto de emergencia	Apellido:	Nombre:	Teléfono: ()		
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hermano/hermana <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro					

PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA (SOLO SI NO ES LA MISMA QUE EL PACIENTE)

<input type="checkbox"/> Esta persona es paciente aquí	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T
Dirección:		Apartamento/Unidad:	Teléfono de la casa: ()	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Teléfono alternativo: ()
Fecha de nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Hermano/hermana	Nombre del empleador: Ciudad: Estado:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Debe presentar una copia de su tarjeta del seguro)

¿El paciente está cubierto por un programa de atención médica de Minnesota? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de identificación	N.º de grupo			
Titular de la póliza: Apellido: <input type="checkbox"/> El paciente es el titular de la póliza		Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T	
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma del paciente		Apartamento/Unidad:	Teléfono de la casa: ()		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Teléfono alternativo: ()	
Fecha de nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Hermano/hermana	Nombre del empleador: Ciudad: Estado:		
Nombre del seguro:		<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico	Número de grupo:	Titular de la póliza/ Identificación de la compañía de seguros:	
Dirección de facturación del seguro:		Ciudad	Estado	Fecha de inicio del seguro:	M / A

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Titular de la póliza: Apellido: <input type="checkbox"/> El paciente es el titular de la póliza		Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T	
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma del paciente		Apartamento/Unidad:	Teléfono de la casa: ()		
Ciudad:		Estado:	Código postal:	Teléfono alternativo: ()	
Fecha de nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Hermano/hermana	Nombre del empleador: Ciudad: Estado:		
Nombre del seguro:		<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico	Número de grupo:	Titular de la póliza/ Identificación de la compañía de seguros:	
Dirección de facturación del seguro:		Ciudad	Estado	Fecha de inicio del seguro:	M / A