

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

¿Ha recibido alguna vez atención odontológica en el *Eastman Dental* (*Elmwood Ave, Highland Hospital*, *downtown/Sibley Building, Escuela Pública #17* o en los *SmileMobiles*)? SI NO

Nombre: \_\_\_\_\_  
 (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género (Por favor marque uno): Masculino Femenino Transgénero Número de Seguro Social : \_\_\_\_\_  
 ¿Es estudiante universitario? SI NO

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

Número de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ del trabajo: \_\_\_\_\_ Otro (celular): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Categoría Racial: Negro o Áfrico-Americanoo Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawaí u otras islas del pacific Otra Raza Desconocido Blanco

Etnicidad: Hispano/Latino/Otro Origen No Hispano/Latino Desconocido

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Cómo quisiera usted recibir sus confirmaciones de cita:

Correoelectrónico mensaje de texto/ Correoelectrónico y correo de voz Correode voz

Nombre del doctor de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre de una persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA COMPAÑIA DE TRABAJO**

Nombre y dirección de la compañía de trabajo: \_\_\_\_\_

**¿QUIÉN PAGARÁ LA FACTURA?**

Por favor marque quien pagará la factura: Yo Padres Agencia Otro  
 Si no pagara usted por favor complete lo siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO**

Seguro Dental Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del encargado del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_ Número del seguro/Medicaid: \_\_\_\_\_

Seguro dental secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del titular del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_ Número de seguro/Medicaid: \_\_\_\_\_

¿Está solicitando atención debido a un accidente automovilístico? SI NO

¿Está solicitando atención debido a un accidente relacionado al trabajo? SI NO