

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

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-Americano ☐Indio Americano o Nativo de Alaska ☐Asiático ☐Nativo de Hawai 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:

☐Correo electrónico ☐ mensaje de texto/ ☐ Correo electrónico y correo de voz ☐ Correo de 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: \_\_\_\_\_ Numero 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