



# Bienvenido

2227 W. First St  
Santa Ana, Ca 92703  
(714)547-2814

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M F S.S.# \_\_\_\_\_

Marque cuadro apropiado :  Menor  Soltero  Casado  Divorciado

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Referido por \_\_\_\_\_

Autorización para compartir información dental  Si  No

Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia notificar a: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con Paciente \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Relación con Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE MI SEGURO DENTAL

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro (Secundario) \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_