

## REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

### Responsable: (si alguien diferente al paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Media inicial: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ # De Seguro Social: \_\_\_\_\_ #De Licencia: \_\_\_\_\_

### Informacion Del Paciente:

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero De Telefono: \_\_\_\_\_ Numero De Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ #De Seguro Social: \_\_\_\_\_

# De Licencia: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  Me Gustaria recibir correspondencia electronicamente

### Informacion Del Paciente (Seccion 2)

Estado de Empleo:  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Trabajo Propio  Retirado  Desempleado

Estado Del Estudiante:  Tiempo Completo  Medio Tiempo

Farmacia De Preferencia: \_\_\_\_\_

### Section 3

Como Supo De Nuestra Oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista anterior: \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_

Numero De Telefono: \_\_\_\_\_

### Informacion De La Aseguranza (Primaria)

Nombre De Asegurado: \_\_\_\_\_

# De Miembro: \_\_\_\_\_

#De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_

Relacion Con Asegurado:  Yo Mismo  Conyuge  Dependiente  Otro

Numero De Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre De La Aseguranza: \_\_\_\_\_

### Informacion De La Aseguranza (Secundaria)

Nombre Del Titular en la Poliza: \_\_\_\_\_

# De Miembro: \_\_\_\_\_

# De Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador: \_\_\_\_\_

Relacion Con El Asegurado:  Yo Mismo  Conyuge  Dependiente

Numero De Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre De La Aseguranza: \_\_\_\_\_