

CLINICA DENTAL CARING HANDS

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Cremallera: _____ Teléfono alternative: _____

Correo electrónico: _____ Fecha: _____

País de residencia: _____ Casa de grupo: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Estado civil: Soltero: _____ Casado: _____ Género: Masculino: _____ Femenina: _____

Idioma utilizado: Inglés: _____ Español: _____ Otro: _____

Origen étnico (opcional):

Hispano: _____ Afroamericano: _____ Indio Americano: _____ Asiático: _____ Blanco: _____

Si hay un tutor legal, complete la información a continuación:

Nombre de los padres: _____ Teléfono: _____

Dirección de los padres: _____ Número de trabajo: _____

Nombre del guardián: _____ Teléfono: _____

Dirección del tutor: _____ Número de trabajo: _____

Complete esta sección por complete, incluidos los números de teléfono:

Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Dentista anterior: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Seguro medico:

(Marque uno)

Primer Oeste: _____ Azul Más: _____ Medica: _____ VA: _____ MA: _____ Socios de salud: _____ UCare: _____

Número de identificación: _____

“Autorizo la divulgación de mi información médica a mi compañía de seguros según sea necesario para procesar cualquier reclamo. Autorizo el pago de beneficios medicos a Caring Hands Dental Clinic por los servicios prestados.”
También autorizo la divulgación de mi información dental y médica a: _____

Nombre del paciente/tutor (por favor imprimir): _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____