NORTHRIDGE DENTALWORKS

Chart # Date

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____# de apt _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal_____
Numero de telefono…
Casa: (____) ____-_____ Cellular: (____) ____-_____ Trabajo: (____)____-_____
Seguro Social: _____-____-_____ Sexo: (M) (F) Correo Electronico_____
Contacto de Emergencia: Nombre_____Telefono:_____-_____
Nombre de Trabajo: _____ Ocupacion: _____
Direccion Del Trabajo: _____
Quien lo refirio a nuestra oficina? _____

PARTE RESPONSIBLE (si corresponde)
INFORMACION DE AZEGURANZA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____
Domicilio: _____# de apt _____
Cuidad: _____Estado:_____Codigo Postal_____
Numero de telefono: _____ Seguro Social: _____-_____-_____
Empleador: _____ Numero de telefono: _____-_____
Nombre de azeguranza: _____ Numero de telefono: _____-_____

REFERENCIAS PERSONALES

1. Nombre: _____ Numero de telefono: _____
   Relacion: _____
2. Nombre: _____ Numero de telefono: _____
   Relacion: _____

Como propone pagar la visita de hoy? Effectivo Azeguranza Medi-cal Otro

Queremos cuidar de tus necesidades primero…

¿Tiene Problemas Dentales? _____
¿Esta satisfecho/a con tus dientes y su aspecto? Si No
¿Te hace nervioso el tratamiento dental? Si No
Pienso que mi salud dental esta…… [ ] excelente [ ] buena [ ] mala
Si podría, haría mis dientes…… [ ] más sanos [ ] más rectos [ ]más blancos
[ ] otro Por favor explica: _____

Certifico por este medio que la información antedicha es exacta. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos o no pagadas por mi compañía de seguro. Autorizo por este medio el pago directo a este profesional dental de mi seguro.

_____ _____
Firma Fecha