

# Información del paciente

# Oficina: \_\_\_\_\_

## Información del paciente

Lengua materna:  English  Español      Sexo:  Femenino  Masculino  
Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto?  Sí  No  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
**Medio de comunicación preferido**  
 Residencial  Teléfono del trabajo  Celular  Correo electrónico

## Información de la persona responsable

Relación con el paciente:  Yo mismo  Padres/Tutor  Cónyuge  Otro  
Sexo:  Femenino  Masculino  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto?  Sí  No  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Información del empleador

Situación laboral:  Empleado  Estudiante  Retirado  Desempleado  
Nombre del empleador/escuela: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo?      Año(s)      Mes(es)

## Información de la persona de contacto en caso de emergencia

Relación con el paciente:  Persona Responsable  Otro  
Sexo:  Femenino  Masculino  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Información del plan de seguro primario

Tipo de seguro:  No seguro  HMO  PPO/Indemnización  Denti-Cal  
Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número del seguro: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

## Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente:  Yo mismo  Persona Responsable  Cónyuge  Otro  
Sexo:  Femenino  Masculino  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

## Información del plan de seguro secundario

Tipo de seguro:  No seguro  HMO  PPO/Indemnización  Denti-Cal  
Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número del seguro: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

## Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente:  Yo mismo  Persona Responsable  Cónyuge  Otro  
Sexo:  Femenino  Masculino  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

## ¿Cómo nos encontramos?

1-800-Dentist  Folleto/Anuncio  Referido por su seguro: \_\_\_\_\_  
 Ubicación  Representante Mercantil: \_\_\_\_\_  
 Páginas Amarillas  Empleador  Otro Doctor: \_\_\_\_\_  
 Familia/Amigo  Sitio del Internet  Otro: \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información aquí expuesta es exacta y puede ser aprobado para recibir crédito y proporcionar los servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros por cualquier razón. Yo autorizo que cualquier pago o beneficios del seguro sea pagado directamente a esta corporación dental. Entiendo que soy financieramente responsable de ningún cargo no cubierto en esta autorización. Autorizo la liberación de cualquier información que relaciona a cualquier reclamo o reclamos dentales. Autorizo a recibir información y alertas de West Coast Services, Inc. a través de mensajes de texto. Entiendo que este programa es totalmente voluntario y que las tarifas de mensaje de texto se aplicarán con las tarifas correspondientes según lo determinado por mi proveedor de servicio de celular. West Coast Dental Services, Inc. no es responsable de ninguna manera las tarifas cargadas a mí por mi proveedor de servicio de celular. Si en algún momento deseo dejar de recibir mensajes de texto de West Coast Services, Inc. yo debo notificar a la oficina por escrito para retirarme del programa de texto.

Firma del Partido Responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Representante Legal si el Paciente es un menor)

**Actualizar Información del Paciente \* Actualizar es anotar algún cambio en la Información del Paciente**

Fecha	Firma	Comentarios

