



INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Telefono: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Telefono de Emergencia: _____

Como escucho de nuestra oficina: _____

Fecha de su ultima visita Dental: _____ Fecha de su ultima limpieza: _____

Me gustaria recibir recordatorio de mi appointment via Correo electronico o mensaje de texto. Correo electronico: _____ Telefono celular: _____

(Si tiene Seguro Dental llene abajo)

Titular De Seguro Primario

Nombre del suscriptor principal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Compania de seguro: _____ Telefono: _____

Numero de grupo: _____ Seguro Social: _____

Identificacion de Suscriptor: _____ Empleador: _____

Paciente / padre / Guardian: Por la presente autorizo el pago directamente a Prestige Dental de los beneficios del seguro grupal que de otro modo me pagarían. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental. Por la presente autorizo a Prestige Dental Care a administrar dichos medicamentos y realizar los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental adecuado. La información de esta página y los antecedentes médicos / dentales son correctos a mi leal saber y entender. Otorgo el derecho al dentista a divulgar mi historial médico / dental y otra información anterior.

Firma de paciente/ padre/ Guardian

Fecha