



INFORMACION DEL PACIENTE NUEVO (MENOR DE 18 AÑOS)

Gracias por elegir Discover Orthodontics. Por favor complete este formulario para brindarle a su hijo(a) la mejor atención.

Fecha de hoy: _____

1 INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apodo: _____ Edad: _____ Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Codigo postal

Escuela: _____ Grado: _____

2 PADRE / MADRE / TUTOR LEGAL

Nombre: _____

Relacion: ☐ Madre ☐ Padre
☐ Tutor ☐ Otro: _____

Celular: _____

Telefono de casa: _____

Telefono del trabajo: _____

Correo electronico: _____

Empleador: _____

Ocupacion: _____

3 SEGUNDO PADRE / TUTOR (OPCIONAL)

Nombre: _____

Relacion: ☐ Madre ☐ Padre
☐ Tutor ☐ Otro: _____

Celular: _____

Telefono de casa: _____

Telefono del trabajo: _____

Correo electronico: _____

Empleador: _____

Ocupacion: _____

4 COMO SE ENTERO DE NOSOTROS?

☐ Dentista (Nombre): _____ ☐ Familiar / Amigo (Nombre): _____ ☐ Google ☐ Facebook ☐ Otro
☐ Instagram ☐ Seguro dental ☐ Escuela ☐ Otro: _____

5 INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

SEGURO PRIMARIO

Nombre del asegurado: _____

Relacion con el paciente: _____

Compania de seguro: _____

Numero de miembro: _____

Numero de grupo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO (SI APLICA)

Nombre del asegurado: _____

Relacion con el paciente: _____

Compania de seguro: _____

Numero de miembro: _____

Numero de grupo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____

Por favor proporcione una copia del frente y reverso de su tarjeta de seguro dental.

6 CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Relacion con el paciente: _____

Numero de telefono: _____

7 COMUNICACION PREFERIDA

Como prefiere que nos comuniquemos?

☐ Texto ☐ Llamada ☐ Correo
Telefono preferido: _____

8 CONFIRMACION DEL PADRE / MADRE / TUTOR

Certifico que la informacion proporcionada es completa y correcta segun mi leal saber y entender.

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Discover Orthodontics sobre cualquier cambio en esta informacion.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

POR FAVOR TRAIGA SU IDENTIFICACION CON FOTO Y TARJETA DE SEGURO DENTAL A SU CITA.
Gracias!