



**Bienvenidos a nuestro consultorio.  
Completan este formulario y si tienen alguna pregunta,  
estamos aquí para ayudarles.**

**Información del paciente**

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial segundo \_\_\_\_\_

Prefiere que lo llamen \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer

Nº Seguro Social \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Tel. domicilio ( ) \_\_\_\_\_ Tel. celular ( ) \_\_\_\_\_

**Padres / Guardian (si el paciente es menor de 18)**

Nombre del progenitor padres con custodia \_\_\_\_\_

El paciente vive con (marque todas las que correspondan)  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Abuelos

Otro \_\_\_\_\_

Nombre Primaria Guardián completa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_

Tel. domicilio ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Cel. ( ) \_\_\_\_\_ Tel. trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Secundaria Nombre Guardián completa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente) \_\_\_\_\_

Tel. domicilio ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Cel. ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

**Responsabilidad Financiera**

¿Quién tiene responsabilidad financiera por esta cuenta? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono domicilio ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nº Seguro Social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable de traer al paciente a las citas? \_\_\_\_\_

**Seguro Dental / Ortodonticia**

Nombre completo del titular de la póliza principal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nº de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono (si no aparece arriba) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Nº de grupo \_\_\_\_\_ Nº identificación \_\_\_\_\_

¿Esta póliza tiene prestaciones para ortodoncia?  Sí  No  No sé

Nombre completo del titular de la póliza secundaria \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nº Seguro Social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono (si no aparece arriba) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Nº de grupo \_\_\_\_\_ Nº identificación \_\_\_\_\_

¿Esta póliza tiene prestaciones para ortodoncia?  Sí  No  No sé

Nombre completo del titular de la póliza principal \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 N° de seguro social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección y teléfono (iSi no aparece en el frente) \_\_\_\_\_  
 N° Seguro Social \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección y teléfono (si no aparece al rente.) \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_ N° identificación \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del titular de la póliza secundaria \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_ N° identificación \_\_\_\_\_

Médico del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_  
 Última cita \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Próxima cita \_\_\_\_\_  
 Examen físico más reciente \_\_\_\_\_  
 Otros médicos o proveedores de atención médica que ve ahora:  
 Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Ciudad, estado \_\_\_\_\_  
 Motivo \_\_\_\_\_

**Acuse de recibo de las prácticas de privacidad publicadas. Hay copias disponibles a su solicitud.**

He leído sobre aviso de esta oficina de prácticas de privacidad registros y materiales.

X \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

----- Solamente para uso del consultorio -----

Intentamos obtener acuse de recibo por escrito del Aviso de nuestras prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener, debido a: ( ) El individuo no quiso firmar ( ) Hubo obstáculos en comunicación que no permitieron obtener el acuse de recibo.

( ) Una situación de emergencia no permitió que obtuviéramos el acuse de recibo. ( ) Otro (indicar) \_\_\_\_\_

Autorizo al proveedor para que divulgue toda información e incluso el diagnóstico y los registros de tratamiento o los exámenes hechos al paciente durante el período de dicho tratamiento a los terceros pagadores u otros profesionales médicos. Autorizo y solicito que mi compañía de seguro asigne los beneficios y pague directamente al proveedor o al grupo del proveedor los beneficios que de otra manera serían pagaderos a mí. Comprendo que mi compañía de seguro puede pagar menos de lo que se cobra en la factura por servicios. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones hechas al seguro. Estoy de acuerdo con ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre mío a las personas a mi cargo.

X \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (padre/tutor) \_\_\_\_\_  
 X \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_