



All Smiles
FAMILY DENTAL, PLLC

FECHA _____

REGISTRO DE PACIENTES

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Información de Paciente

Dirrección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono Celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Estado Civil: Casado (a) Soltero (a) Divorciado (a) Separados Viudo (a) Seguro Social: _____
Sexo: Masculino Femenino Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo
Correo electrónico: _____ Quisiera recibir correspondencia por correo electrónico
Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Información de Padre/Tutor o Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
Teléfono Celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Relación: _____ Este contacto vive con el paciente? _____

Información sobre Seguro Dental

Nombre de Aseguración: _____ # de Grupo: _____
Dirección de Aseguración: _____ Teléfono: _____
Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Paciente: _____
SS del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____
Compañía para Quien Trabaja: _____ Teléfono de Compañía: _____
Dirección de la Compañía: _____

5115 Clinton Highway
Knoxville, TN 37912
P: 865-689-7556
www.knoxsmiles.com