

# The Dentists South Shore

## Información del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Telefono: Casa \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ trabajo \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_  
¿Cómo le gustaría que confirmáramos sus citas? \_\_\_\_\_ Llamada \_\_\_\_\_ Texto \_\_\_\_\_ Correo electrónico  
Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Nombre de Cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Número de Seguro Social de Cónyuge # \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

## Parte Responsable (Si no es el paciente)

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Número de Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_

## Información del Seguro

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Número De Seguro Social # \_\_\_\_\_  
Empleador del Asegurado \_\_\_\_\_  
ID del Asegurado # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Nombre de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Dirección de compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Compañía de Seguros # \_\_\_\_\_

### **¿Cómo te enteraste de nuestra oficina?**

\_\_\_\_ Lo vi en un anuncio  
\_\_\_\_ Vivo cerca  
\_\_\_\_ Nuestro sitio web  
\_\_\_\_ Seguro  
\_\_\_\_ Google  
\_\_\_\_ Familiar:

\_\_\_\_ Boletín de la iglesia  
\_\_\_\_ Yellow Pages

\_\_\_\_ **Paciente:**  
**(Por favor ingresa su nombre para que podamos agradecerle!)**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_