



HISTORIAL MEDICO

INFORMACION DEL PACIENTE				
Fecha	_____			
Nombre de Paciente	_____			
	Nombre	Apellido	Apodo	
Dirección	_____			
	Calle	Cuidad	Estado	Código Postal
Teléfono	_____		Fecha de Nacimiento	_____
Correo Electrónico	_____			
	Nombre en Facebook (opcional) _____			
Algún Amigo o miembro de su familia en tratamiento con nosotros	_____			
Nombre y edad de hermanos	_____			

INFORMACION DE PADRES/GUARDIAN				
Madre o Guardián	_____			
	Nombre	Apellido		
Dirección	_____			
	Calle	Cuidad	Estado	Código Postal
Teléfono	_____	Teléfono del Trabajo	_____	Celular
Seguro Social #	_____	Fecha de Nacimiento	_____	Relación al Paciente
Coreo Electrónico	_____			
	Lugar de trabajo _____			
Padre o Guardián	_____			
	Nombre	Apellido		
Seguro Social #	_____	Fecha de Nacimiento	_____	Relación al Paciente
Coreo Electrónico	_____			
	Lugar de trabajo _____			

INFORMACION DENTAL				
Dentista	_____			
Dirección	_____			
	Calle	Cuidad	Estado	Código Postal
Fecha del último examen dental	_____			
Cuál es el motivo de su consulta?	_____			
A quién podemos agradecer por el referido?	_____			

SEGURO DENTAL				
Nombre del Asegurado	_____			
	Empleador Del Asegurado _____			
Compañía De Seguro	_____	ID del Asegurado	_____	No. del grupo
Dirección del Seguro	_____			
	Calle	Cuidad	Estado	Código Postal
Tiene usted otro seguro dental:	Si	No	En caso afirmativo: _____	
Nombre del Asegurado	_____			
	Empleador Del Asegurado _____			
Compañía De Seguro	_____	ID del Asegurado	_____	No. del grupo

Firma (Firma de Padre/Guardian si menor de edad) _____

(vea el otro lado)

