

Beatriz Galofre DDS

FECHA DE HOY _____

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	INICIAL	APELLIDO	PREFIERE QUE SE LE LLAME	
DIRECCIÓN			BIRTHDATE	AGE
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> CASADO
			<input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
CORREO ELECTRÓNICO			LICENCIA DE CONDUCIR NÚMERO	

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE:	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR		RELACIÓN	
	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO	
¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTRO _____				NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

PROPORCIONE INFORMACIÓN DE CONTACTO ADICIONAL

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚM. DE TELÉFONO	RELACIÓN		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

EL MAYOR CUMPLIDO QUE NUESTROS PACIENTES NOS PUEDEN DAR ES REFERIRNOS CON SUS FAMILIARES Y AMIGOS

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLE?	¿SON PACIENTES NUESTROS?	
OTRO		
<input type="checkbox"/> RÓTULO DEL EDIFICIO	<input type="checkbox"/> CORREO/ANUNCIO	<input type="checkbox"/> SITIO WEB DE ACCESS DENTAL
<input type="checkbox"/> COMPAÑÍA ASEGURADORA	<input type="checkbox"/> PÁGINAS AMARILLAS	<input type="checkbox"/> _____

PROPORCIONE

COMPAÑÍA ASEGURADORA PRIMARIA	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

COMPAÑÍA ASEGURADORA SECUNDARIA	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO