

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

Familiares Adicionales: _____

¿Es una emergencia? ☐ Sí ☐ No

Área: ☐ SD (Superior Derecha) ☐ SI (Superior Izquierda)

☐ ID (Inferior Derecha) ☐ II (Inferior Izquierda) Dolor: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 Hinchazón: ☐ Sí ☐ No

Sensibilidad dental al frío/calor: ☐ Sí ☐ No

CONTACTO: Tel. Casa: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Método Preferido: ☐ Texto ☐ Llamada ☐ Correo Electrónico

INFORMACIÓN GENERAL

¿Cómo nos conoció? _____

Referido por: _____

Última visita dental: _____

Dentista/Oficina anterior: _____

Teléfono: _____

¿Tiene radiografías recientes? ☐ Sí ☐ No

SEGURO DENTAL

¿Tiene seguro dental? ☐ Sí ☐ No

Compañía: _____

Teléfono: _____

Titular del seguro: _____

Fecha de nacimiento del titular: _____

ID de miembro o SSN: _____

N.º de grupo: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Relación con el titular:

☐ Yo mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro: _____

