

# Bienvenido

¡Gracias por seleccionar a West Broad Dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,  
llene completamente este formulario. Si tiene alguna pregunta  
o necesita ayuda, consúltenos, con gusto le ayudaremos.

## Información del paciente (confidencial)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero (a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Si es estudiante, nombre de la universidad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Empleador del paciente o del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección comercial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge o del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

A Quien podemos agradecer por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de urgencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Persona responsable de esta cuenta

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ No de grupo: \_\_\_\_\_ No. de identificación: \_\_\_\_\_

Sigue al Respaldo