

# Welcome!!

# Bienvenido!!

## PATIENT INFORMATION

Patient's Last name ( Apellido del paciente): \_\_\_\_\_ First name (Nombre del paciente): \_\_\_\_\_  
Middle name ( Segundo Nombre) : \_\_\_\_\_ Preferred name (Nombre preferido): \_\_\_\_\_  
Gender: (Género): Male  Female  single/soltero  married/casado  child/niño   
Date of Birth (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ Age ( Edad) : \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_  
  
Occupation (Ocupación): \_\_\_\_\_ Employer(Empleador): \_\_\_\_\_  
Email (Correo electronico): \_\_\_\_\_  
Cell (Celular): \_\_\_\_\_ Home phone (teléfono de casa): \_\_\_\_\_  
Preferred contact method (Método preferido de contacto): Home/ Casa  cell/cellular   
  
Home address: \_\_\_\_\_  
(La dirección de la casa) : Street Address (dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)  
  
Billing Address (if different): \_\_\_\_\_  
(Dirección de facturación) : Street Address (dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)  
  
Emergency contact name(Nombre de la persona en caso de emergencia): \_\_\_\_\_  
phone (teléfono): \_\_\_\_\_ Relation(Relación): \_\_\_\_\_  
  
Responsible Party ( Persona Responsable): \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_  
Date of Birth(Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ Relation to Patient( Relación con el Paciente): \_\_\_\_\_  
Driver license number and state (Número de licencia de conducir y el estado): \_\_\_\_\_

## INSURANCE INFORMATION

Primary Dental Insurance (Seguro Dental Primario)  
Policy( Numero de Polisa) # \_\_\_\_\_ Groups (Grupos) #: \_\_\_\_\_  
  
Secondary Dental Insurance (Seguro Dental Secundario)  
Policy( Numero de Polisa) # \_\_\_\_\_ Groups (Grupos) #: \_\_\_\_\_  
  
Subscriber Name (Nombre del Asegurado): \_\_\_\_\_  
Date of birth(Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

How did you hear about us? (¿Cómo se entero de nuestra oficina?) \_\_\_\_\_  
Previous dentist's name and address(Nombre del dentista anterior y dirección): \_\_\_\_\_