

Fecha: _____ Nro de Cuenta _____ (sólo para uso interno)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

S/S#: _____ M F (circule uno)

(si paciente es menor edad, nombre de padres): _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____ Correo electrónico _____

Preferencias de Contacto: Mensaje texto _____ Teléfono/correo de voz _____ Correo electrónico _____ (marque los que aplican)

Por favor díganos cómo se enteró acerca de nuestra oficina (Por ejemplo: por palabra de boca o publicidad exterior):

Nombre del paciente, dentista o seguro que lo refirió _____

Signo de oficina _____ Pagina Web _____ Otro _____ (Favor de explicar) _____

La siguiente información se requiere por la ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible (ACA, EHR por sus siglas en Inglés):

Idioma Preferido del Paciente: _____

Etnicidad del Paciente: Hispano o Latino _____ No Hispano _____ Refuso a Responder _____

Raza del Paciente: Indio Americano or Nativo de Alaska _____ Asiático _____ Africano Americano _____ Blanco _____

Nativo Hawaiano/Nativo de la Polinesia _____ Otra Raza _____ Refuso a responder _____

Información de Titular del Seguro (si paciente es menor de edad y ambos padres tienen cobertura, el padre con el cumpleaños más próximo durante el año proveera la primera cobertura)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(si es diferente al paciente) (Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

S/S#: _____ M F (circule uno) Empleador: _____

Nombre del Seguro: _____ ID#: _____ Nro de Grupo _____

Teléfono: (____) _____ - _____

NJ Family Care Plan (o asistencia de estado): A or B _____ C _____ D _____

Seguro Dental 2a Cobertura: (si paciente es menor de edad y ambos padres tienen cobertura, el padre con el cumpleaños más próximo proveera la primera cobertura)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(si es diferente al paciente) (Apellido) (Primer) (Inicial)

S/S#: _____ M F (circule uno) Empleador: _____

Nombre del Seguro: _____ ID#: _____ # de Grupo _____

Teléfono: (____) _____ - _____

NJ Family Care Plan (o asistencia de estado): A or B _____ C _____ D _____

Seguro Médico 1ra Cobertura:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(si diferente al paciente) (Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

S/S#: _____ M F (circular uno) Empleador: _____

Nombre del Seguro: _____ ID#: _____ Nro de Grupo: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Seguro Médico 2da Cobertura:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(si diferente al paciente) (Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

S/S#: _____ M F (circular uno) Empleador: _____

Nombre del Seguro: _____ ID#: _____ # de Grupo: _____

Teléfono: (____) _____ - _____