

PATIENT'S CONFIDENTIAL INFORMATION

The following information and history are necessary for treatment and billing authorization. Thank you for completing it in full.



PATIENT INFORMATION (Informacion del Paciente)

Name: _____ **SS#:** _____
 (nombre) Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle (Inicial) (numero de seguro social)

Address: _____ **Home Phone:** _____
 (direccion) (numero de telefono de la casa)

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (ciudad) (estado) (zona postal)

Sex: M F **Age:** _____ **Birthdate:** _____ **Email:** _____
 (sexo) (edad) (fecha de nacimiento) (E-mail)

Do you have State Assistance (medical coupon)? Yes No **Cell Number:** _____
 (tiene asistencia del Estado/cupon medico?) (si) (No) (Celular)

Whom may we thank for referring you? (Quien le refirio a nuestra oficina?) _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (Informacion del Padre/Guardian)

Mother/Guardian: _____
 (Madre/guardian)

Address: _____
 (Direccion)

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (ciudad) (estado) (zona postal)

Phone: _____ **Cell:** _____ **Wk:** _____
 (telefono) (cellular) (trabajo)

Occupation: _____
 (ocupacion)

Employer: _____
 (empleador)

SS#: _____ **DOB:** _____
 (numero de seguro social) (fecha de nacimiento)

Father/Guardian: _____
 (Padre/guardian)

Address: _____
 (Direccion)

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (ciudad) (estado) (zona postal)

Phone: _____ **Cell:** _____ **Wk:** _____
 (telefono) (cellular) (trabajo)

Occupation: _____
 (ocupacion)

Employer: _____
 (empleador)

SS#: _____ **DOB:** _____
 (numero de seguro social) (fecha de nacimiento)

Do you have DENTAL INSURANCE for minor/child?

Plan Name: _____
 (Nombre de seguro dental)

Address: _____
 (direccion)

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (ciudad) (estado) (zona postal)

Phone: _____

Group#: _____ **Policy:** _____
 (numero de grupo) (numero de poliza)

Do you have DENTAL INSURANCE for minor/child?

Plan Name: _____
 (Nombre de seguro dental)

Address: _____
 (direccion)

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (ciudad) (estado) (zona postal)

Phone: _____

Group#: _____ **Policy:** _____
 (numero de grupo) (numero de poliza)

Do you have MEDICAL INSURANCE for minor/child?

Plan Name: _____
 (Nombre de seguro medico)

Address: _____
 (direccion)

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (ciudad) (estado) (zona postal)

Phone: _____

Group#: _____ **Policy:** _____
 (numero de grupo) (numero de poliza)

Do you have MEDICAL INSURANCE for minor/child?

Plan Name: _____
 (Nombre de seguro medico)

Address: _____
 (direccion)

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (ciudad) (estado) (zona postal)

Phone: _____

Group#: _____ **Policy:** _____
 (numero de grupo) (numero de poliza)

In the event of an emergency, whom should we contact? Someone other than Parent/Guardians. (Contacto de emergencia, alguien que no sea pariente).

Name: _____ **Relationship:** _____ **Phone:** _____
 (nombre) (relacion a paciente) (telefono)

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 (direccion) (Cuidad) (estado) (zona postal)

Signature of Parent/Guardian: _____ **Date:** _____
 (firma de pariente/guardia) (fecha de Hoy)