

REGISTRO DEL PACIENTE
Portal Family Dentistry & Orthodontics

Nombre: _____ Apellido: _____ Seg. Inicial _____

El Paciente es:

- Titular De Poliza
- Beneficiario

Información del padre de familia o apoderado (Llenar si el paciente es menor de edad):

Nombre: _____	Apellido: _____	Seg. Inicial _____
Dirección: _____		
Ciudad, Estado, Código postal: _____		
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Quiero recibir correspondencia via e-mail	
Celular: _____	<input type="checkbox"/> Quiero recibir correspondencia via mensaje de texto	
Tel. casa: _____	Tel. Trabajo _____	Ext: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Seguro Social: _____	Licencia de conducir : _____

Información del paciente:

Nombre: _____	Apellido: _____	Seg. Inicial _____
Dirección: _____		
Ciudad, Estado, Codigo postal: _____		
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Quiero recibir correspondencia via e-mail	
Celular: _____	<input type="checkbox"/> Quiero recibir correspondencia via mensaje de texto	
Tel. casa: _____	Tel. Trabajo _____	Ext: _____
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Estado Civil: <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Seguro Social: _____ Licencia de conducir : _____
----- Parte 2 -----		
Contacto para Emergencia:		
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación _____

Motivo de la consulta: _____
¿Como se enteró de nosotros? _____

Firma de paciente o persona responsable