

Bienvenidos A  
**YA Family Dental**  
Informacion Del Nuevo Paciente

Informacion de Paciente			
Apellido _____	Nombre _____	Inicial _____	Fecha de Nacimiento _____
Seguro Social # _____	Licencia de Manejar # _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Domicilio _____			Apt #: _____
Cuidad _____	Estado _____	Zona _____	Numero de telefono ( _____ ) _____
Correo electronico _____		Numero de celular ( _____ ) _____	

Informacion de la Aseguranza	
Tiene Aseguranza, Medi-Cal o Denti-Cal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por Favor presente la tajera de la aseguranza a la Recepcionista.	
Nombre del asegurado _____	Numero del grupo/del plan _____
Nombre de la aseguranza ( <input type="checkbox"/> usted mismo ) _____	Relacion _____

Contactos de Emergencia	
En caso de emergencia con quien podemos comunicarnos si nadie se encuentra en su casa? Relacion: _____	
Nombre: _____	Numero de telefono ( _____ ) _____
Domicilio: _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona _____

Su Informacion Financiera	
Empleado por: _____	Numero de telefono ( _____ ) _____
Domicilio del trabajo: _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona _____

Referencias Personales	
Nombre: _____	Numero de telefono ( _____ ) _____
Domicilio: _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
Nombre: _____	Numero de telefono ( _____ ) _____
Domicilio: _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona _____

Persona Responsable (Cualquier otra persona que le ayudara a pagar su tratamiento dental)	
Relacion con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre/Madre, <input type="checkbox"/> Eposo(a), <input type="checkbox"/> Fiador, <input type="checkbox"/> Tutor	
Seguro Social # _____	Licencia de Manejar # _____ Numero de telefono ( _____ ) _____
Domicilio: _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
Cuanto tiempo ha en este domicilio? _____ Anos _____ Meses	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Renta

Informacion Financiera de la Persona Responsable	
Empleado por: _____	Numero de telefono ( _____ ) _____
Domicilio del trabajo: _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona _____
Sueldo Mensual? _____	Por cuanto tiempo ha trabajado aqui? _____ Anos _____ Meses. Ocupacion _____
Banco _____	Sucursal _____ Cuenta de Cheques o Ahorros # _____

Como Supo de Nosotros?	
<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Volante Enviado a su Casa
<input type="checkbox"/> Feria de Salud	<input type="checkbox"/> Referido por la Aseguranza
<input type="checkbox"/> Referido por Empleador	<input type="checkbox"/> WIC or County
<input type="checkbox"/> Newspaper	<input type="checkbox"/> Flyer
<input type="checkbox"/> Referido por la escuela	<input type="checkbox"/> Referido por Denti-Cal
<input type="checkbox"/> Referido por un Amigo. Quien? : _____	Numero de telefono ( _____ ) _____
Domicilio del trabajo: _____	Ciudad _____ Estado _____ Zona _____

<p>Estoy conciente que al firmar este forma, certifico que toda informacion es completa y correcta. YA Family Dental podra verificar esta informacion por cual quier motivo que se considere necessarion (incluyendo pero no limitandose a reportes de credito) y podra proveer a otros con informacion referente a mi historia de credito (o el reporte de credito) hasta donde sea permitido por la ley. Esta es mi autorizacion para que YA Family Dental verifique mi credito.</p>	
Fecha: _____	Fecha: _____
Firma del Paciente _____	Firma de la Persona Responsable _____