

Patient Number: _____

CPS Number: _____

Patient Information

Patient Name: LAST: _____ FIRST: _____ M.I. _____ School: _____
Date of Birth: ___/___/___ Sex: Male Female Social Security Number: _____
Last Dental Visit: ___/___/___ Reason For Visit: _____ Last X-rays Taken: ___/___/___
Last Dentist's Name: _____ City: _____ Phone (____) _____ - _____
Reason for visit/chief dental complaint: _____

Responsible Party Information (Spouse, Mother, Father, Guardian)

Name: LAST: _____ FIRST: _____ M.I.: _____ Relationship: _____
Date of Birth: ___/___/___ Sex: Male Female Social Security Number: _____
Address Street: _____ Apartment #: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Home Phone No.: (____) _____ Message Phone No.: (____) _____ Cell: (____) _____
Mom's Work No.: (____) _____ Dad's Work No.: (____) _____ E-mail: _____
Emergency contact other than family member: Name _____ Phone: (____) _____
Who may we thank for referring you to our office: Yellow Pages Flier Penny Saver Passing By Mailer
 Shopping Center Stand Patient: _____ Doctor: _____ Other: _____

Please List All Members Of Your Immediate Family

Family Member's Full Name	Now A Patient In This Office?	Date of Birth	Relationship to Patient
1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
4.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
5.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
6.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Primary Dental Insurance Information

Insured's Name: _____
Insured's Date of Birth: ___/___/___
Insured's Social Security Number: _____
Insured's Employer: _____
Insured's Employer Phone No.: (____) _____
Insurance Company Name: _____
Insurance Company Phone No.: (____) _____
Insurance Group No.: _____ Local: _____

Secondary Dental Insurance Information

Insured's Name: _____
Insured's Date of Birth: ___/___/___
Insured's Social Security Number: _____
Insured's Employer: _____
Insured's Employer Phone No.: (____) _____
Insurance Company Name: _____
Insurance Company Phone No.: (____) _____
Insurance Group No.: _____ Local: _____

Our office is collecting Ethnic and Racial information in order to develop systems and staff to provide the best quality of care to all of our patients. To do this we ask that you make the most appropriate selection regarding the race and ethnicity from the choices listed below. This information is completely voluntary and confidential.

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic
Race: White Black Native American/Eskimo/Aleut Asian/Pacific Islander Other: _____ Unknown

The foregoing information and the dental/medical histories are true and correct. I hereby authorize the Dental Office to release my dental/medical information and all information about my dental treatment to third party payors and other health professionals. I hereby assign, transfer and direct payment directly to the Dental Office of my insurance benefits/coverage, if any, for all treatment performed; however, I accept responsibility and will pay all charges not paid by insurance for any reason.

I hereby acknowledge the need for, and I authorize, the Dental Office to administer such medications, including the use of local anesthetic, and to perform such diagnostic, photographic, preventative and therapeutic procedures, as the dentist considers necessary for proper care—including x-rays, prophylaxis (teeth cleaning) and sealants.

Signature: _____ Driver's Lic #: _____ State: _____ Date: ___/___/___
(If Minor, Parent or Guardian)

Patient Number: _____

CPS Number: _____

Información Del (La) Paciente

Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Escuela: _____

Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Sexo: Masculino Femenino No. De Seguro Social: _____

Ultima Visita Dental: ___/___/___ Razón De Su Visita: _____ Ultimas Radiografías Dentales: ___/___/___

Nombre De El Ultimo Dentista: _____ Ciudad: _____ Teléfono (____) _____ - _____

Razón para esta visita, queja principal: _____

Información De La Persona Responsable (Esposo (a), Madre, Padre o Tutor)

Nombre de la Persona Responsable: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Parentesco: _____

Fecha De Nacimiento: ___/___/___ Sexo: Masculino Femenino No. De Seguro Social: _____

Dirección (calle): _____ # De Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefono Casa: (____) _____ Tel De Mensaje: (____) _____ Celular: (____) _____

Tel Del Trabajo Madre: (____) _____ Tel Del Trabajo Padre: (____) _____ E-mail: _____

Con quien de su familia podemos comunicarnos en caso de emergencia? _____ Teléfono:(____) _____

A quien podemos agradecer el haberle referido a nuestra oficina: Paginas Amarillas Volante Penny Saver Paso Por Afuera
 Correo Mostrador en el Centro Comercial Paciente: _____ Doctor: _____ Otro: _____

Por Favor Liste A Todos Los Miembros De Su Familia Inmediata

Nombre completo	Es Paciente De Nuestra Oficina	Fecha de Nacimiento	Parentesco Con El/La Paciente
1.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
2.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
3.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
4.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
5.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
6.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Información De Seguro Dental Primario

Nombre Del Asegurado: _____
Fecha De Nacimiento Del Asegurado: ___/___/___
No De Seguro Social Del Asegurado: _____
Trabajo Del Asegurado: _____
No. De Tel Del Trabajo Del Asegurado:(____) _____
Nombre De La Compañía De Seguro: _____
No. De Tel De La Compañía De Seguro:(____) _____
Numero De Grupo.: _____ Local: _____

Información de Seguro Dental Secundario

Nombre Del Asegurado: _____
Fecha De Nacimiento Del Asegurado: ___/___/___
No De Seguro Social Del Asegurado: _____
Trabajo Del Asegurado: _____
No. De Tel Del Trabajo Del Asegurado:(____) _____
Nombre De La Compañía De Seguro: _____
No. De Tel De La Compañía De Seguro:(____) _____
Numero De Grupo.: _____ Local: _____

Nuestra oficina esta recopilando datos étnicos y raciales para desarrollar mejores sistemas y entrenamiento de personal para poder servirle mejor a todos nuestros pacientes. Por lo mismo le pedimos que haga las selecciones mas apropiadas para identificar el grupo étnico y la raza del (la) paciente. Esta información es totalmente voluntaria y confidencial.

Grupo Étnico: Hispano No Hispano
Raza: Blanca Negra India Nativa Americana, Esquimal Asiática, Isleña Otra: _____ Desconocida

Por medio de la presente autorizo a la oficina dental a recibir directamente el pago de los beneficios dentales que de otra manera serian pagables a mí. Entiendo que soy responsable por todos los cargos sin importar la cobertura de seguro. Por medio de la presente autorizo a la Oficina Dental para que divulgue mi información medica/dental y cualquier información sobre mi tratamiento dental a terceras personas envueltas con el pago de dichos servicios y otros profesionales de salud envueltos en mi tratamiento.

Por este medio reconozco la necesidad de, y autorizo, a la oficina dental para administrar tales medicaciones, incluso el uso del anestésico local, y realizar tales procedimientos diagnósticos, fotográficos, preventivos y terapéuticos, como el dentista considera necesario para el cuidado apropiado — incluso rayos X, profilaxis (limpieza de dientes) y selladores.

Firma: _____ Licencia de Conducir: _____ Estado: _____ Fecha: ___/___/___

(Si es Menor, Padre, Madre o Tutor)