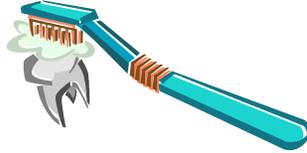


The Smile Fairy Dental Spa



Nos complace darle la bienvenida a nuestro consultorio. Por favor tome unos momentos para llenar este formulario lo mejor que pueda. Nos complaceria poderle ayudar si tiene alguna pregunta.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____ No. Soc. Sec. _____
Apellido Primer nombre
Direccion de Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Tel de Casa _____ Cel _____
Tel de Empleo _____ E-Mail _____
Sexo: M F
Estatu Matrimonial: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a Divorciado/a
Edad _____ Fecha De Nacimiento _____ No. de Licencia _____
En caso de Emergencia, a quien notificaremos: _____ Relacion _____
Tel de Casa _____ Cel _____ Tel de Empleo _____
A quien podemos agradecer por su referencia? _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable de la cuenta _____
Apellido Primer nombre
Relacion al Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
No. Soc. Sec. _____
Direccion de Domicilio (si es diferente del paciente) _____
Tel de casa _____
Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
Celular _____ E-Mail _____
Lugar de Empleo _____ Ocupacion _____
Direccion de Empleo _____
Tel de Empleo _____ E-Mail de Empleo _____
Compañia de Seguro _____ Tel _____
E-Mail del Seguro _____
No. de Contrato _____ No. de Grupo _____
No. de Identidad _____
Nombres de dependientes adicionales _____