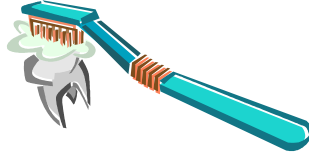


# The Smile Fairy Dental Spa



*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 \_\_\_\_\_