

La Facultad de Odontología de la Universidad de Iowa y el Instituto de Odontología del Hospital solicitan esta información para realizar una evaluación completa y exhaustiva de sus necesidades dentales. Ninguna persona ajena a la universidad tendrá acceso a esta información a no ser que usted lo autorice o lo exija la ley. La falta de esta información limitara nuestra capacidad para evaluar sus necesidades y podría impedir que la universidad no lo aceptase como paciente.

INFORMACION PERSONAL

Sr Sra. Rev Srta. Dr./Dra. Escriba en letra de imprenta nombre legal: apellido nombre segundo nombre

Fem. Masc. Fecha de nacimiento: (mes/día/año) Número de seguridad social : Nombre preferido:

Dirección:

Ciudad: Estado: C.P.: Correo electrónico:

Teléfono de la casa (con código de la zona) Teléfono del trabajo (con código de la zona y extensión) Celular (con código de la zona) Otro (con código de la zona)

Teléfono preferido para ponernos en contacto con el paciente: Casa Trabajo Celular Otro

Dirección alternativa/permanente (si diferente que la de arriba) Ciudad: Estado: C.P.:

INFORMACION DE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Persona de contacto: apellido nombre segundo nombre

Relación: Teléfono de la casa (con código de la zona) Celular u otro teléfono

Dirección: Ciudad: Estado: C.P.:

Igual que dirección postal **DIRECCION DE FACTURACION**

Dirección de facturación: Ciudad: Estado: C.P.

El paciente mismo **INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE**

Escriba el nombre legal: apellido, nombre, segundo nombre Relación al paciente: Numero de seguridad social:

Dirección: Ciudad: Estado: C.P.:

Teléfono de la casa (con código de la zona) Celular u otro teléfono Fecha de nacimiento: (mes/día/año)

INFORMACION DEL SEGURO/PAGO

Seguro dental Sí No Seguro médico Sí No Medicaid (Title XIX) Sí No Agencia de Financiación Sí No IowaCare Sí No

	NOMBRES DE LOS ASEGURADOS (EN ORDEN DEL ARCHIVO)	FECHA DE NACIMIENTO DE LOS ASEGURADOS (REQUERIDO)	DIRECCION DE LOS ASEGURADOS (SI DIFERENTE AL PACIENTE)	IDENTIFICACION DEL SEGURO	AGENCIA DE FINANCIACION	M/D (MEDICO/DENTAL)	NOMBRE DEL EMPLEADOR
1							
2							
3							
4							

CARACTERISTIACAS DEMOGRAFICAS DEL PACIENTE

Pedimos a la siguiente información opcional para conocer mejor las características demográficas de nuestros pacientes.

Origen étnico: Blanco/Caucásico Asiático Hispano Negro/ Americano Africano Otro: _____ Lengua Preferida: Ingles Español Otra: _____

¿Cómo nos descubrió usted? Paciente de la Facultad de Odontología Amigo Familia Internet Directorio Otro: _____

Remitido/a por Dr/Dra: _____ Ciudad/Estado: _____