

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
REGISTRO DEL PACIENTE**

*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**

<input type="checkbox"/> Sr <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Rev <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr./Dra.		Escriba en letra de imprenta nombre legal:      apellido      nombre      segundo nombre		
<input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 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 u otro teléfono
Teléfono preferido para ponernos en contacto con el paciente: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicaid (Title XIX) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agencia de Financiación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	IowaCare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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						

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
REGISTRO DEL PACIENTE**

**CARACTERISTIICAS DEMOGRAFICAS DEL PACIENTE**

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

Origen étnico: <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/ Americano Africano <input type="checkbox"/> Otro: _____	Lengua Preferida: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra: _____
¿Cómo nos descubrió usted? <input type="checkbox"/> Paciente de la Facultad de Odontología <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Directorio <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Remitido/a por Dr/Dra: _____ Ciudad/Estado: _____	