

Favor de completar y traer consigo a su cita

COLEGIO DE DENTISTERIA

REGISTRACION DEL PACIENTE



College of Dentistry
and Dental Clinics

El Colegio de Dentistería y Clínicas Dentales de la Universidad de Iowa y el Instituto de Dentistería Hospitalario requieren de esta información para poder ofrecerle una evaluación de sus necesidades dentales que sea detallada y completa. Al menos que usted lo autorice o sea permitido por la ley, ninguna de la información que usted comparta en este documento será compartida con alguien que no pertenezca a la Universidad. Si no nos proporciona esta información, no podremos evaluar sus necesidades de manera completa y puede resultar en que el Colegio no le acepte como paciente.

DATOS DEL PACIENTE

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Rev. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Dr./a.	Apellido:	Nombre:	
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero	Fecha de Nacimiento:	No. de Seguro Social:	Nombre preferido:
Domicilio:		No. de Apartamento:	PO Box:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Correo Electrónico:
No. de Teléfono (Casa)	No. de Teléfono (Trabajo)		No. de Teléfono (de Celular/Otro):
Prefiere que se le llame en: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		Para recordatorios (Señale todo lo que prefiera): <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Llamada Telefónica <input type="checkbox"/> Otra	
Domicilio Alterno:			

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia:	Apellido:	Nombre:	
Relación:	Teléfono (Casa):	Teléfono (Otro):	
Domicilio:		No. de Apartamento:	PO Box:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Correo Electrónico:

DIRECCION DE FACTURACION

Dirección de facturación:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
---------------------------	---------	---------	----------------

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Contacto de emergencia:	Apellido:	Nombre:	Relación al paciente:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono (casa)	Teléfono (Celular/otro):	Fecha de nacimiento:	Correo Electrónico:	

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO/PAGO

Seguro Dental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicaid <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Agencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
DWP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro Médico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Domicilio de asegurado:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
No. de Póliza	Nombre de compañía	Medica/Dental (M/D)	Nombre de empleador	

DEMOGRAFIA DEL PACIENTE

Etnicidad: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de la Polinesia <input type="checkbox"/> Hispano		Lenguaje de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Como se enteró de nuestros servicios: <input type="checkbox"/> Paciente del colegio de dentistas <input type="checkbox"/> Amigos o familiares <input type="checkbox"/> Evento local/de salud <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Libro de teléfonos <input type="checkbox"/> Medio social <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Rotulo de autobús <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<input type="checkbox"/> Un Dr: _____ <input type="checkbox"/> Ciudad/Estado: _____			

