



CENTRAL CALIFORNIA DENTAL SURGICENTER

3605 Hospital Road Suite H, Atwater, CA 95301

(209) 381-2047 Fax: (209) 381-2045

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Masculino () Femenino ()

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono (Hogar)() _____ Alterno () _____ No. Seguro Social _____

Empleador _____ Telefono () _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

INFORMACION DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Masculino () Femenino ()

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono (Hogar)() _____ Alterno () _____ No. Seguro Social _____

Empleador _____ Telefono () _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de la Aseguradora Dental _____

Nombre de la Aseguradora Medica _____

Nombre del Asegurado _____

Grupo _____ No. de identificacion _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Ha tenido alguna de las siguientes condiciones medicas:

Soplo en el corazon ___ Radiacion ___ Problemas nerviosos ___ Presion alta ___ Diabetes ___
Problemas respiratorios ___ Cancer ___ Cuidado Psiquiatrico ___ Artritis ___
Enfermedades de la sangre ___ Enfermedades de la Tiroide ___ Valvulas artificiales del corazon ___
Presion baja ___ Epilepsia ___ Fiebre reumatica ___ Ulcera ___ Problemas circulatorios ___
Problemas de la espalda ___ Hepatitis ___ Enfermedades del Hgado ___ Sida ___
Alergias a Medicinas ___ Hemofilia ___

La informacion de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el unico objeto de que se use en mi tratamiento, para facturacion, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no hare responsable a mi dentista ni a ningun integrante de su personal por errors u omisiones que you pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)