**HISTORIA DE SALUD Y REGISTRACION**

**Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre De Paciente**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residencia Domicilio**::\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electronico**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSIBLE PARA LA CUENTA**

Nombre Padre/ Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Tel De Casa/Cell :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# De Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seguro Social#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estato Civil:** Soltera\_\_\_\_\_ Casada\_\_\_\_\_ Viuda\_\_\_\_\_ Separada\_\_\_\_\_ Divorciada\_\_\_\_\_\_

**Nombre de Empleo**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Años Empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Quien refiero (o) escucho de nuestra oficina?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**INFORMACION DE ASEGURANZA DENTAL: Circule si tiene MEDICAID O CHIP**

 **(No llenar lo resto)**

Asegurado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seguro Social #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre De Aseguranza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# De Grupo:.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio De Aseguranza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene mas de 1 aseguranza Dental? Yes\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_Y SI Escribir Nombre De Aseguranza\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Nombre Asegurado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seguro Social#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre De Aseguranza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_#Groupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_#Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirrecion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Informacion De Emergencia**

**Nombre persona cercana**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirrecion De**

**Domicili**o:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Yo entiendo que la informacion que he dado es correcto segun mi major conocimiento, que esta informacion sera guardada en confianza, y informar esta oficina en cualquier cambios.***

***Firama Padre/Guardian***:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Fecha:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**