



# OASIS DENTAL

## BIENVENIDOS

Nosotros somos complacidos por darle la bienvenida a nuestra oficina. Tome unos minutos por favor para llenar este formulario si tiene una pregunta o necesita ayuda no dude el hacerlo estaremos mas que feliz en ayudarle.

Chart ID: \_\_\_\_\_  
Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ La ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Zipcode: \_\_\_\_\_  
Telefono de su casa: \_\_\_\_\_ : celular: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ relacion con usted \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Social \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ( ) Querría recibir la correspondencia a través de correo electrónico  
sexo: ( ) femenino ( ) masculino Estado civil: ( ) soltero ( ) casado ( ) Divorció ( )  
Separó ( ) viudo ( ) estatus de empleo: tiempo completo ( ) medio tiempo ( )  
juvilado ( ) Estatus de estudiante: ( ) Tiempo completo ( ) medio tiempo

### Persona responsable (otra persona que no sea el paciente)

Nombre del seguro medico \_\_\_\_\_  
El nombre de la persona responsable de seguro \_\_\_\_\_  
Numero de telefono del trabajo \_\_\_\_\_ numero de telefono de la casa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ social \_\_\_\_\_  
Numero de licencia: \_\_\_\_\_

No seguro ( )

### Informacion de seguro primario

Nombre del seguro \_\_\_\_\_ ID del seguro \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ relacion con el asegurado ( ) usted ( )  
esposo ( ) hijos ( ) otros.  
Nombre de su trabajo \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ -  
Estado/codigo postal \_\_\_\_\_

### Informacion de seguro secundario

Nombre del suguro \_\_\_\_\_ ID del seguro \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ relacion con el asegurado ( ) usted ( )  
Esposo ( ) hijos ( ) otros.  
Nombre de su trabajo \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_  
Estado/codigo postal \_\_\_\_\_