

ESCUELA DE ODONTOLOGIA DE UCSF
Formulario de Registro para el Paciente

Fecha: ___/___/___

Nombre de paciente _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Dirección de la Casa: _____ Apto # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____ Otro Teléfono: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Sexo: (marque uno) Masculino Femenino

El paciente tiene Denti-Cal? No ___ Sí ___ B.I.D. # _____

¿Cómo se enteró de la Escuela de Odontología? _____

Por favor seleccionar su antecedente racial:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Afro Americano/Negro | <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco/Medio Oriente |
| <input type="checkbox"/> Indígena/Nativo Norteamericano | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Indígena/Nativo Norteamericano/Alaska | <input type="checkbox"/> No sabe |

Por favor seleccionar su Etnicidad:

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Origen Español | <input type="checkbox"/> No Sabe |
| <input type="checkbox"/> No de Origen Español | |

Para server MEJOR en la salud Oral de nuestros pacientes por favor indicar el idioma que prefiere hablar.

Idioma que prefiere hablar:

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Cantones | <input type="checkbox"/> Danés | <input type="checkbox"/> Holandés | <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Farsi |
| <input type="checkbox"/> Finlandés | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Griego | <input type="checkbox"/> Islandés | <input type="checkbox"/> Italiano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Noruego | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Swahili | <input type="checkbox"/> Sueco | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |

Persona a contactar en caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____ Correo Electrónico: _____

La persona responsable de la cuenta:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de Casa: () _____ Teléfono del Trabajo () _____

Teléfono Celular: () _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿El paciente tiene Seguro Privado? (marque uno) Sí No

Si, si por favor proveer la siguiente información:

Nombre de la personan que le provee la seguridad: _____

Nombre de la compañía donde trabaja el proveedor: _____

Numero del asegurado: _____

Sexo: (circular) Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del proveedor de la a seguridad: _____

Relación del proveedor con el paciente: _____

Nombre de la compañía del Seguro: _____

Dirección de Correo: _____ Número Telefónico () _____

Número del Grupo: _____ Numero de la Póliza: _____

¿El paciente tiene una segunda cobertura Dental? (marque uno) Sí No

Si, si por favor proveer la siguiente información:

Nombre de la personan que le provee la seguridad: _____

Nombre de la compañía donde trabaja el proveedor: _____

Numero del asegurado: _____

Sexo: (marque uno) Masculino Femenino

Fecha de nacimiento del proveedor de la a seguridad: _____

Relación del proveedor con el paciente: _____

Nombre de la compañía del Seguro: _____

Dirección de Correo: _____ Número Telefónico () _____

Número del Grupo: _____ Numero de la Póliza: _____

Firma del Padre/Madre o encargado legal: _____ Fecha: ___/___/___

INFORMACION FINANCIERA: La Universidad de California en San Francisco le ayudara cobrándole a su compañía de seguros de acuerdo con la información proveía anteriormente. Sin embargo, por favor recuerde que usted es finalmente el responsable de todos los cobros, excepto en el caso de que su compañía de seguro dental tenga un contrato directo de servicios con nosotros. Nuestro equipo de trabajo estará complacido de responderle cualquier pregunta que usted pueda tener.