



**COSMETIC AND GENERAL DENTISTRY**  
**Dr. Roleen Bright, DDS**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ S.S: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ (Hombre) (Mujer)

Seleccione uno: Menor-Soltero-Casado-Divorciado- Viudo-Separado

N° de Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N° de Cel: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Le Podemos mandar mensaje de texto para confirmar su cita ? \_\_\_\_\_

Coreo Electrónico? \_\_\_\_\_

Responsable del Paciente:

Persona responsable por esta cuenta: \_\_\_\_\_

(Si no es la misma que el paciente)

Como se supo de nuestra clínica? \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia? \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Trabajo - Aseguransa

Empleado: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_

Tiene Aseguransa Dental? \_\_\_\_\_ Que Compañía? \_\_\_\_\_

Numero de Contrato: \_\_\_\_\_ A nombre de quien esta la póliza? \_\_\_\_\_

Métodos de Pago:

Para su conveniencia tenemos varios métodos de pagos,

Cuál le gustaría para cada cita? (Dinero Efectivo) (Cheques Personales) (Tarjeta de Crédito-Visa-Mastercard)

Póliza de Oficina: El pago de los servicios es requerido el mismo día del tratamiento.

Gracias