



**DAREN F. GEHRING, DDS**  
 1624 North 200 East, Suite 100  
 Logan, UT 84341  
 Phone: (435) 752-4330

# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

## INFORMACIÓN DE CONTACTO CON EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ SEXO  Masc.  Fem.  
Nombre de pila Apellido Apodo

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_  
MM DD YYYY

DIRECCIÓN - Envío \_\_\_\_\_  
Nombre / Número de Calle Ciudad Estado Código Postal

DIRECCIÓN - Física \_\_\_\_\_  
Nombre / Número de Calle Ciudad Estado Código Postal

NUMERO DE TELÉFONO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELÉFONO SECUNDARIO - Opcional (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA (Fuera De Casa) \_\_\_\_\_  
Nombre de pila Apellido  
Relación con el paciente Numero de Teléfono

## FAVORITOS DEL PACIENTE, INTERESES, PASATIEMPOS, ETC.

COLOR \_\_\_\_\_ LIBRO \_\_\_\_\_ PELÍCULA/PERSONAJE \_\_\_\_\_

MASCOTAS - Tipe y Nombre \_\_\_\_\_ DEPORTES JUGADOS \_\_\_\_\_

INSTRUMENTOS JUGADOS \_\_\_\_\_ PASATIEMPOS \_\_\_\_\_

HECHO DIVERTIDOS SOBRE SU NIÑO(A) \_\_\_\_\_

## ¿CÓMO ESCUCHASTE DE NOSOTROS?

- Periódico  Sitio Web  Consultorio Medico (Nombre Abajo)  Directorio Telefónico  Facebook  
 Escuela  Oficina Dental  Familia/Amigo(a) (Nombre Abajo)  Hometown Values  Búsqueda Web

¿A QUIEN LE AGRADECEMOS POR RECOMENDARNOS? \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA DENTAL

SEGURO PRIMARIO \_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguranza

ID# \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA ASEGURADA \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD YYYY

RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO \_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguranza

ID# \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA ASEGURADA \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD YYYY

RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PARA PADRES

### INFORMACIÓN DE LA MADRE

NOMBRE \_\_\_\_\_  
Nombre de pila Apellido

SS# \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD YYYY

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
Nombre / Número de  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

CASADA  DIVORCIADO  
 SOLTERA  OTRO \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

¿CÓMO PREFERIRÍA LOS  
RECORDATORIOS DE CITA?

Texto  Teléfono \_\_\_\_\_  
Casa/Trabajo/Celular?

### INFORMACIÓN DEL PADRE

NOMBRE \_\_\_\_\_  
Nombre de pila Apellido

SSN \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD YYYY

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
Nombre / Número de  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

CASADA  DIVORCIADO  
 SOLTERA  OTRO \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

¿CÓMO PREFERIRÍA LOS  
RECORDATORIOS DE CITA?

Texto  Teléfono \_\_\_\_\_  
Casa/Trabajo/Celular?

## ¿QUIÉN ACOMPAÑA AL PACIENTE HOY?

NOMBRE \_\_\_\_\_  
Nombre de pila Apellido

RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

Yo declaro la verdad en toda la información que he dado. También autorizo que se entregue la información correcta a las personas indicadas que requieran la información para el tratamiento de mi hijo (a), y para el propósito de el pago de mi cuenta o crédito. Bajo ciertas circunstancias, yo autorizo el pago de los beneficios de la aseguranza que vayan directamente a Dr. Gehring, o de lo contrario que se me pague a mi. Yo entiendo que mi aseguranza dental tal vez pague menos de el total de la cuenta por los servicios realizados. Yo comprendo que yo soy responsable por pagar los servicios realizados en total, o la parte que mi aseguranza no pague.

\_\_\_\_\_  
Firma de el Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

*\*SE REQUIERE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE UNO DE LOS PADRES PARA FINES DE FACTURACIÓN, GRACIAS.*