

Maria Seymour Brooker Memoria Dental Center
157 Litchfield Street
Torrington, CT 06790-6491
(860) 489-1328

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____

Masculino: ____ Femenino: ____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Pariente/Guardián: _____

Relación al paciente: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación al paciente: _____

Tiene seguro dental: _____ Póliza/número de Husky: _____

Número de Seguro Social del paciente: ____/____/____

Referido por: _____

Usted usa agua de: la ciudad: _____ de pozo: _____

Es la primera visita dental del paciente: _____

Quien fue el dentista previo del paciente: _____

Fecha aproximada de la última visita dental del paciente: _____

Que trabajo fue hecho: _____

Lista de familiares/individuos con que Brooker Memorial pueda discutir planes de tratamiento del paciente:

Por favor liste todos los hermanos/as que reciben tratamiento en Brooker Memorial:

Por favor complete parte trasera del formulario



Brooker Memorial

Preparing Children for Life-long Success

AUTORIZACION PARA QUE EL PACIENTE RECIBA SERVICIOS DENTALES

Autorizo al Dentista/ Higienista dental para hacer el examen de la boca de mi hijo/a. se me preguntara acerca del historial médico de mi hijo/a y su salud presente. Mi hijo/a tendrá el examen dental y posiblemente radiografías dentales. Entiendo que no se hará tratamiento dental hasta que se haga un plan de tratamiento, incluyendo que todos los procedimientos que se harán y costos relacionados sean explicados y que yo de permiso de que el tratamiento se pueda hacer. Entiendo que **yo debo pagar cualquier costo del tratamiento en el tiempo de servicio** a no ser que otros arreglos financieros se hayan discutido. También entiendo que soy responsable de que mi hijo/a atienda a todas las citas y entiendo que **si mi hijo/a pierde dos citas sin notificación apropiada a la oficina dental, mi hijo/a puede ser despedido de la clínica y tendrá que buscar cuidado dental en otra oficina, a no ser que tenga una emergencia.**

Paciente/Guardián

Fecha

Relación al paciente

Testigo

Fecha