

**CLÍNICA ESPECIALIZADA EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA:  
FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre legal completo del paciente (Nombres y apellidos completos)

Nombre que el paciente prefiere que lo llamen      Fecha de nacimiento (mes/día/año)      Género

Motivo de la visita de hoy

Fuente de referencia, si corresponde

Idioma preferido

**RESPONSABLES**

Nombre del Tutor Legal #1

Relación con el paciente

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono - Celular/Casa (*Encierre en un círculo uno*)

Dirección de correo electrónico

Empleador

Ocupación

Nombre del Tutor Legal #2

Relación con el paciente

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono – Celular/Casa (*Encierre en un círculo uno*)

Dirección de correo electrónico

Empleador

Ocupación

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL PRIMARIO

---

Nombre completo del asegurado

---

Relación con el paciente

---

Número de Seguro Social del asegurado/ID de miembro

---

Fecha de nacimiento del asegurado (mes/día/año)

---

Dirección de la compañía de seguros (calle, ciudad, estado, código postal)

## INFORMACIÓN SECUNDARIA SOBRE EL SEGURO DENTAL

---

Nombre completo del asegurado

---

Relación con el paciente

---

Número de Seguro Social del asegurado / ID de miembro

---

Fecha de nacimiento del asegurado (mes/día/año)

---

Dirección de la compañía de seguros (calle, ciudad, estado, código postal)

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

---

Nombre completo del asegurado

---

Relación con el paciente

---

Número de Seguro Social del asegurado / ID de miembro

---

Fecha de nacimiento del asegurado (mes/día/año)

---

Dirección de la compañía de seguros (calle, ciudad, estado, código postal)

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA *(alguien que no figure anteriormente como tutor)*

---

Nombre completo

---

Relación con el paciente

---

Teléfono de emergencia

---

Dirección de emergencia (calle, ciudad, estado, código postal)