

## REGISTRO DEL PACIENTE

Nevada Dental Benefits, Ltd. (NDB) solicita esta información con el propósito de proporcionar una evaluación completa de sus necesidades dentales. Ninguna persona fuera de NDB será proporcionada esta información a menos que esté debidamente autorizado por usted o requerido por la ley. El hecho de no proporcionar la información solicitada limitará nuestra capacidad de evaluar sus necesidades y puede resultar en que NDB no pueda aceptarlo como paciente.

### PATIENT DATA

Sr. Senorita	Sra.	Rev. Dr.	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Femenina Transgenero	Masculino	Fecha de nacimiento / /	#Seguro Social	Nombre Preferido	
Dirección de domicilio			Apt. #	P.O. Box #	Estado
			Ciudad		CP
Email		Casa # <small>(con código de área)</small>	Celular/Otro # <small>(con código de área y ext.)</small>		Trabajo # <small>(con código de área)</small>
Numero de teléfono preferido para contactar al paciente			Casa	Trabajo	Celular/Otro
Póngase en contacto conmigo por <small>(Por favor marque todos los que apliquen)</small>			Phone	Email	Texto

### CONTACTO DE EMERGENCIA (Obligatorio por ley)

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Relación	Casa # <small>(con código de área)</small>	Celular # <small>(con código de área)</small>
		Email
Dirección de domicilio		Estado
		Código Postal

Igual que dirección de domicilio

### DIRECCION PARA FACTURAS

Dirección para facturas	Ciudad	Estado
		Código Postal

Igual que paciente

### INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Relación al paciente	#Seguro Social	Fecha de nacimiento / /
		Email
Dirección de domicilio		Estado
		Código Postal
Casa # <small>(con código de área)</small>	Celular/Otro # <small>(con código de área)</small>	

### ASEGURANZA ADICIONAL

Si está cubierto por otro seguro dental a través de su cónyuge u otra persona, proporcione la siguiente información:

Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento / /
Dirección postal	Numero de identificación
	Nombre de seguro
Relación al asegurado	

### DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Se recopila la siguiente información opcional para mejorar la demografía de nuestra población de pacientes

Etnicidad	Blanco/caucáseo	Asiático	Hispano	Preferencia de idioma	Ingles	Español
	Negro/Afroamericano	Otro			Otro	

Contáctame:  Mensaje de texto  Email

Además de contactarme por Correo de los Estados Unidos o por teléfono, autorizo a Nevada Dental Benefits, Ltd. a ponerse en contacto conmigo por los métodos indicados anteriormente, para avisarme sobre citas, necesidades de tratamiento y otra información relacionada con mi atención.

Firma

Fecha mm/dd/aa