

Welcome to All Smile Dental. We appreciate the trust placed on us to provide dental services. To help you service better, please complete the following form. (Bienvenidos al All Smile Dental. Agradecemos la confianza depositada en nosotros para proporcionar servicios dentales. Para ayudarlo a un mejor servicio, por favor completa el siguiente formulario.)

PATIENT INFORMATION

Last name (*Apellido del*): _____ First name (*Nombre del*): _____
 Middle (*Segundo Nombre*) : _____ Preferred name (*Nombre preferido*): _____
 Gender(*Género*): Male Female single/soltero married/casado divorced/divorciado widowed/viudo child/niño
 Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): _____ Age (*Edad*) : _____ SS #: _____
 Email (*Correo electrónico*): _____
 Occupation (*Ocupación*): _____ Employer(*Empleador*): _____
 Cell (*Celular*): _____ Home phone (*teléfono de casa*): _____
 Preferred contact method (*Método preferido de contacto*): Home/ Casa cell/celular Email/correo electrónico
 Home address: _____
 (*La dirección de la casa*) Street Address (*dirección*) City (*Ciudad*) State (*Estado*) Zip (*Código Postal*)
 Billing Address (if different): _____
 Dirección de facturación : Street Address (*dirección*) City (*Ciudad*) State (*Estado*) Zip (*Código Postal*)
 Driver license number and state (*Número de licencia de conducir y el estado*): _____
 *Spouse name/ *esposa*(last,first)..... Birth dateSS #.....
 Phone.....Employer.....
 *Emergency contact name(*Nombre de la persona en caso de emergencia*): _____
 phone (*teléfono*): _____ Relation(*Relación*): _____
 *Responsible Party (*Persona Responsable*): _____ Relation to Pt(*Relación con el Paciente*): _____
 Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): _____ SS# _____

INSURANCE INFORMATION

Primary Dental Insurance (*Seguro Dental Primario*)-----
 Policy(*Numero de Polisa*) # _____ Groups (*Grupos*) #: _____
 Secondary Dental Insurance (*Seguro Dental Secundario*)-----
 Policy(*Numero de Polisa*) # _____ Groups (*Grupos*) #: _____
 Subscriber Name (*Nombre del Asegurado*): _____
 Date of birth(*Fecha de nacimiento*): _____ SS #: _____

DENTAL INFORMATION

Are you having pain or discomfort at this time(*cualquier dolor o molestia*) _____
 Previous dentist's name and address(*Nombre del dentista anterior y dirección*): _____
 Date of last dental visit (*Fecha de la última visita al dentista*): _____
 Referred to us by (*Quien lo refirió a nuestra oficina*): _____
 How did you hear about us? (*Cómo se entero de nuestra oficina?*) _____
Other family members seen by us:.....
 Are you happy with the overall appearance of your teeth? (*Está satisfecho con el aspecto general de sus dientes?*) _____
 Is there any aspect of you teeth appearance you want to change? (eg. Shape, Size, Color, Arrangement) _____
 Hay algún aspecto de la apariencia de los dientes que desea cambiar? (*Forma, tamaño, color, arreglo*) _____
 Are you interested in teeth whitening? (*Está interesado en blanquear los dientes?*) _____