



Información del paciente

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	NOMBRE DE PREFERENCIA
DIRECCIÓN	PRONOMBRES <input type="checkbox"/> él/de él <input type="checkbox"/> ella/de ella <input type="checkbox"/> ellos/ellas/de ellos(as) <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs <input type="checkbox"/> Ze/Hir/Hirs
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO
NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL	MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (MARQUE UNO)* <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Textos <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro

*Recibirá mensajes con información importante de su equipo dental sobre sus citas y tratamiento a través de su método de contacto preferido.

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACIÓN
TELÉFONO	
DIRECCIÓN	

IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL:

(POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- Asiática
- Negra/afroamericana
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Hispano o Latino
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Blanca
- Otro (no se indica)
- Prefiero no responder

IDIOMA DE PREFERENCIA:

- Inglés
- Español
- Ruso
- Chino
- Otro _____

GÉNERO:

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- Prefiero no responder
- Otro _____

*Esta información nos ayuda a que brindemos la más alta calidad de atención a nuestros pacientes. Los estudios han demostrado que los antecedentes raciales/étnicos pueden afectar el riesgo de ciertas enfermedades para la salud bucal de nuestros pacientes. El registro de los datos de los pacientes con respecto a la raza y el origen étnico permitirá a Willamette Dental comprender mejor y satisfacer las necesidades de salud bucal de nuestros pacientes. Además, esta información no se entrega, vende ni se utiliza para nada que no sea el negocio de Willamette Dental.

FARMACIA Y MÉDICO DE PREFERENCIA

NOMBRE DE LA FARMACIA	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA FARMACIA
DIRECCIÓN DE LA FARMACIA	
NOMBRE DEL MÉDICO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO