



**Jamie J. Sahouria, DDS, MS**  
**1303 Medical Center Drive Rohnert Park, CA 94928**  
**707.586.6600 ~ www.BrushFlossSmile.com**

## Formulario de informacion del paciente

Nombre de su niño \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_  
Género: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Tutela \_\_\_\_\_  
¿Es esta su primera visita dental? \_\_\_\_\_ Fecha de la ultima visita \_\_\_\_\_ Proposito de la visita \_\_\_\_\_  
Nombre de la mascota de su niño \_\_\_\_\_ Intereses del niño \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
Nombre del dentista familiar \_\_\_\_\_ Nombre del dentista anterior \_\_\_\_\_  
Cual es la razon de la visita? \_\_\_\_\_  
Como se dio cuenta de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

### Informacion General

**Padre** (Nombre completo) \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_Codigo postal \_\_\_\_\_  
Numero de telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
Empleado por \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_  
Numero de SS \_\_\_\_\_ Numero de licencia de manejo \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

**Madre** (Nombre completo) \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_Codigo postal \_\_\_\_\_  
Numero de telefono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
Empleado por \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_  
Numero de SS \_\_\_\_\_ Numero de licencia de manejo \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Con quien vive el niño? \_\_\_\_\_ Niñera \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_  
Nombre de un pariente cercano que no vive con usted? \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad/Codigo Postal \_\_\_\_\_ Numero telefono \_\_\_\_\_

### Informacion de seguro dental

**Madre:** Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Numero de grupo o poliza \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Numero Telefono \_\_\_\_\_ Numero de ID de seguro \_\_\_\_\_

**Padre:** Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Numero de grupo o poliza \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Numero Telefono \_\_\_\_\_ Numero de ID de seguro \_\_\_\_\_

#### Autorizacion de Beneficios:

Yo por la presente autorizo pago directo a Sahouria Pediatric Dentistry. De otro modo sera reembolsado a mi. Tal reembolso no debe exceder los cobros actuales que aparecen en el reclamo. Entiendo que soy totalmente responsable por cualquier cobro que no sea cubierto por esta autorizacion.

Todas las cuentas con balances de mas de 60 dias se les cobrara interes de 1 ½ al mes (un promedio de 18% al ano). Tambien sera sujeto a utilizar cualquier metodo legal incluyendo agencias de coleccion.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Padre o persona responsable

