

Welcome

Welcome to Accord Dental. We appreciate the trust placed on us to provide dental services. To help you service better, please complete the following form. (Bienvenidos al Accord 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

Patient's Last name (Apellido del paciente): _____		First name (Nombre del paciente): _____	
Middle name (Segundo Nombre) : _____		Preferred name (Nombre preferido): _____	
Gender: (Género): Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>		single/soltero <input type="checkbox"/> married/casado <input type="checkbox"/> child/niño <input type="checkbox"/>	
Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____		Age (Edad) : _____ SS #: _____	
Occupation (Ocupación): _____		Employer(Empleador): _____	
Email (Correo electronico): _____			
Cell (Celular): _____		Home phone (teléfono de casa): _____	
Preferred contact method (Método preferido de contacto): Home/ Casa <input type="checkbox"/> cell/cellular <input type="checkbox"/>			
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)			
Emergency contact name(Nombre de la persona en caso de emergencia): _____			
phone (teléfono): _____		Relation(Relación): _____	
Responsible Party (Persona Responsable): _____		SSN# _____	
Date of Birth(Fecha de nacimiento): _____		Relation to Patient(Relación con el Paciente): _____	
Driver license number and state (Número de licencia de conducir y el estado): _____			

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 #: _____

How did you hear about us? (¿Cómo se entero de nuestra oficina?) _____
Previous dentist's name and address(Nombre del dentista anterior y dirección): _____
