



## Información de Familia

### REGISTRACION

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_  
Dirección Electrónico: \_\_\_\_\_  
Recibir Texto? Yes No

### PACIENTES

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Género: M F FDN: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Género: M F FDN: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Género: M F FDN: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Género: M F FDN: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Género: M F FDN: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Género: M F FDN: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor indique los miembros de la familia (o otras personas), con quienes podemos hablar de tratamiento y diagnóstico dental y dar registros.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ ( Firma )

X \_\_\_\_\_ Autorizo a las empleados de la oficina a enviar excusas escolares a los empleados de la escuela e informar a la escuela si mi hijo/hija tenía una cita dental y la fecha para regresar a la escuela.

### PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo Que esté notificación es documentar que esta oficina me ayudé a ser consciente de las prácticas de privacidad requeridas bajo de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

X \_\_\_\_\_ ( Firma ) Fecha: \_\_\_\_\_