



Forma de Elegibilidad Dental e Historial Medico

Alerta Medica _____

Numero de Paciente _____

BIENVENIDO

Nos complace darle la bienvenida al Sistema Publico de Salud de Georgia. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario com ousted pueda. Si usted tiene preguntas, estaremos muy complacidos en ayudarle. Buscamos trabajar con usted para mantenerle su salud dental.

Nombre del Paciente: _____

Direccion: _____

Telefono: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Nombre del Padre o Guardian: _____ SS#: _____

Empleador: _____ Telefono: _____

Nombre de la Madre o Guardian: _____ SS#: _____

Empleador: _____ Telefono: _____

Persona en caso de Emergencia: _____ Telefono: _____

Tiene Medicaid? Si ___ No ___ Numero de Medicaid: _____

Otro Seguro Dental? Si ___ No ___ Nombre de la Compania: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Ingreso Familiar: Semanal \$ _____ Mensual \$ _____ Annual \$ _____

Numero de personas en la familia _____ *Incluya ninos y adultos*

El Paciente va a la escuela? Si ___ No ___ Nombre de la Escuela _____

Pacientes con menos de 18 anos de edad DEBEN tener un historial medico y una forma de consentimiento firmada con tinta por uno de los padres o guardian legal antes de comenzar el tratamiento.