

*Welcome to Ontario Dental Center. We appreciate the trust placed on us to provide dental services. To help you service better, please complete the following form. (Bienvenidos al Ontario Dental Center. 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): \_\_\_\_\_

Patient's First name (Nombre del paciente): \_\_\_\_\_

Patient's Middle ( Segundo Nombre) : \_\_\_\_\_

Preferred name (Nombre preferido): \_\_\_\_\_

Gender: (Género): Male  Female  single/soltero  married/casado  child/niño

Date of Birth (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ Age ( Edad) : \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

Email (Correo electronico): \_\_\_\_\_

Occupation (Ocupación): \_\_\_\_\_ Employer(Empleador): \_\_\_\_\_

Cell (Celular): \_\_\_\_\_ Home phone (teléfono de casa): \_\_\_\_\_

Preferred contact method (Método preferido de contacto): Home/ Casa  cell/cellular  Email/correo electrónico

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)

Driver license number and state (Número de licencia de conducir y el estado): \_\_\_\_\_

Emergency contact name(Nombre de la persona en caso de emergencia): \_\_\_\_\_  
phone (teléfono): \_\_\_\_\_ Relation(Relación): \_\_\_\_\_

Responsible Party ( Persona Responsable): \_\_\_\_\_ Relation to Pt( Relación con el Paciente): \_\_\_\_\_  
Date of Birth (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_

**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 #: \_\_\_\_\_

**DENTAL INFORMATION**

Previous dentist's name and address(Nombre del dentista anterior y dirección): \_\_\_\_\_

Date of last dental visit (Fecha de la última visita al dentista): \_\_\_\_\_

Referred to us by (Quien lo refirio a nuestra oficina): \_\_\_\_\_

How did you hear about us? (¿Cómo se entero de nuestra oficina?) \_\_\_\_\_

Are you happy with the overall appearance of your teeth? (¿Está satisfecho con el aspecto general de sus dientes?) \_\_\_\_\_

Is there any aspect of your teeth appearance you want to change? (eg.Shape, Size, Color, Arrangement) \_\_\_\_\_

¿Hay algún aspecto de la apariencia de los dientes que desea cambiar? (Forma, tamaño, color, arreglo) \_\_\_\_\_

Are you interested in teeth whitening? (¿Está interesado en blanquear los dientes?) \_\_\_\_\_