



Patient Information Sheet

Chart # _____

Date: _____

Patient Information

First Name: _____ Last Name: _____ Int: _____

Cell Phone #: () _____ Home #: () _____ Email: _____

Home Address: _____ Apt /Unit #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Social Security#: _____ Sex: _____ DL# _____ D.O.B: ____ - ____ - ____

Responsible Party Full Name: _____ Cell Phone #: () _____

How did you hear about us? _____

Emergency Contact Information

1. First Name: _____ Last Name: _____ Int: _____

Cell Phone #: () _____ Home #: () _____ Other #: () _____

Home Address: _____ Apt/Unit #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

2. First Name: _____ Last Name: _____ Int: _____

Cell Phone #: () _____ Home #: () _____ Other #: () _____

Home Address: _____ Apt/Unit #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Dental Insurance information (Main Subscriber)

Subscriber Name: _____ Social Security # _____ D.O.B _____

Insurance Carrier: _____ Insurance Carrier phone #: _____

Insurance ID #: _____ Plan #: _____

Employer Info: _____

I am aware that by signing below I certify that all the information is complete and correct. **1st Choice Dental, Inc.**, may verify this information from which ever source it deems necessary (including but not limited to a credit report) and may provide others with information regarding your credit history (or the credit report) to the extent permitted by law. This is your authorization for **1st Choice Dental, Inc.**, to verify credit history.

Signature of Patient

Signature of Responsible Party



Informacion Del Paciente

Chart # _____

Date: _____

Informacion Del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
#de celular: () _____ #de Casa: () _____ Email: _____
Direccion de casa: _____ Apt /Unit #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
#de Seguro Social: _____ #de Identificacion: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____
Nombre de persona responsable: _____ #de celular: () _____
Como se entero de nosotros? _____

Referencias En Caso De Emergencia

1. Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
#de Celular: () _____ #de Casa: () _____ Otro#: () _____
Direccion de Casa: _____ Apt/Unit #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
2. Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____
#de Celular: () _____ #de Casa: () _____ Otro#: () _____
Direccion de Casa: _____ Apt/Unit #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____

Informacion De Asegurancia Dental (Suscriptor/ Persona Principal)

Nombre de Suscriptor: _____ #de Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento de Suscriptor: ____ - ____ - ____
Nombre de Asegurancia: _____ #de tel.de Asegurancia: _____
Insurance ID #: _____ #de Plan: _____
Informacion de Empleador: _____

Yo soy conciente al firmar este documento, certifico que toda la informacion es completa y correcta. **1st Choice Dental, inc.**, podra verificar esta informacion por cual origen sea necesario (incluyendo pero no limitado al reporte de credito) y podremos proveer con otra informacion referente a su credito (o el reporte de su credito) hasta cierto punto permitido por la ley. Esta es su autorizacion para que **1st Choice Dental, inc.**, verifique su credito.

Signature of Patient

Signature of Responsible Party

