



# School of Dental Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO **ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS**

**Patient Information (Información del Paciente):**

Legal Last Name (*Apellido(s) completos*) \_\_\_\_\_

Legal First Name (*Nombre completo*) \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Preferred Name (*Nombre preferido*) \_\_\_\_\_

Permanent Address (*Dirección permanente*) \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State (*Estado*) \_\_\_\_\_ Zip Code (*Código Postal*) \_\_\_\_\_

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Social Security/ITIN (*Seguro Social*) \_\_\_\_\_

Marital Status (*Estado Civil*) \_\_\_\_\_

Home # (*Teléfono*) \_\_\_\_\_ Work # (*Trabajo*) \_\_\_\_\_

Cell # (*Celular*) \_\_\_\_\_ Email (*Correo electrónico*) \_\_\_\_\_

How did you hear about the CU Dental Clinics (*¿Cómo se enteró de nuestra clínica CU Dental Clinics?*) \_\_\_\_\_

**Demographic Information (Información demográfica):**

**Race? (¿Raza?)**

American Indian/Native Alaskan (*Indio Americano/Nativo de Alaska*) ☐

Asian (*Asiático*) ☐

Black/African American (*Negro/Africano Americano*) ☐

Hispanic/Latino (*Hispano/Latino*) ☐

Native Hawaiian/ Other Pacific Islander (*Hawaiano Nativo/Habitantes de las Islas del Pacífico*) ☐

White (*Blanco*) ☐

**Ethnicity? (¿Etnicidad?)**

Hispanic/Latino (*Hispano/Latino*) ☐

Not Hispanic/Latino (*No Hispano/Latino*) ☐

Preferred Language (*Primera lengua/lengua materna*) \_\_\_\_\_

**Responsible Financial Party Information (Información de la Persona Financiera Responsable):**

**If same as above, check box (*Si es la misma información de la parte superior, marque la casilla*):** ☐

Legal Last Name (*Apellido(s) completos*) \_\_\_\_\_

Legal First Name (*Nombre completo*) \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Preferred Name (*Nombre preferido*) \_\_\_\_\_

Permanent Address (*Dirección permanente*) \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

City (*Ciudad*) \_\_\_\_\_ State (*Estado*) \_\_\_\_\_ Zip Code (*Código Postal*) \_\_\_\_\_

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Social Security (*Seguro Social*) \_\_\_\_\_

Home # (*Teléfono*) \_\_\_\_\_ Work # (*Trabajo*) \_\_\_\_\_

Cell # (*Celular*) \_\_\_\_\_ Email (*Correo electrónico*) \_\_\_\_\_

Relationship to Patient (*Relación con el paciente*) \_\_\_\_\_



# School of Dental Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO **ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS**

**Emergency Contact (Información del Contacto de Emergencia):**

Legal Last Name (Apellido(s) completos) \_\_\_\_\_

Legal First Name (Nombre completo) \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Permanent Address (Dirección permanente) \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State (Estado) \_\_\_\_\_ Zip Code (Código Postal) \_\_\_\_\_

Telephone (Teléfono) \_\_\_\_\_ Relationship to Patient (Relación con el paciente) \_\_\_\_\_

**Insurance Information (Información de Seguro Dental):**

**Medicaid? YES or NO (Sí o NO)**

Medicaid Number (Numero de Medicaid) \_\_\_\_\_

**Dental Insurance (Seguro Dental) YES or NO (Sí o NO)**

**If your answer is no, please do not fill out the rest of this section (Si su respuesta es no por favor no llene el resto de esta sección)**

Policy Holder's Name (Titular de la Poliza) \_\_\_\_\_

Employer Name & Phone (Nombre y number de telefono del empleador) \_\_\_\_\_

Insurance Company's Name (Nombre de la compañía de seguros) \_\_\_\_\_

Insurance Company Address (Dirección de la compañía de seguros) \_\_\_\_\_

Insurance Company Phone (Número de teléfono de la compañía de seguros) \_\_\_\_\_

Date of Birth of Insured Party (Fecha de nacimiento del asegurado) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relationship to Patient (Relación con el paciente) \_\_\_\_\_

Group/Policy # (Numero de Grupo/Poliza) \_\_\_\_\_

Social Security Number (Numero de Seguro Social) \_\_\_\_\_

**Secondary Dental Insurance (Seguro Dental Secundario) YES or NO (Sí o NO)**

**If your answer is no, please do not fill out the rest of this section (Si su respuesta es no por favor no llene el resto de esta sección)**

Policy Holder's Name (Titular de la Poliza) \_\_\_\_\_

Employer Name & Phone (Nombre y number de telefono del empleador) \_\_\_\_\_

Insurance Company's Name (Nombre de la compañía de seguros) \_\_\_\_\_

Insurance Company Address (Dirección de la compañía de seguros) \_\_\_\_\_

Insurance Company Phone (Número de teléfono de la compañía de seguros) \_\_\_\_\_

Date of Birth of Insured Party (Fecha de nacimiento del asegurado) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relationship to Patient (Relación con el paciente) \_\_\_\_\_

Group/Policy # (Numero de Grupo/Poliza) \_\_\_\_\_

Social Security Number (Numero de Seguro Social) \_\_\_\_\_