



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 (Seguro Social) _____

Male Female Transgender (Sexo: Femenino Masculino Transgénero Marital Status (Estado Civil) _____

Home # (Teléfono) _____ Work # (Trabajo) _____

Cell # (Celular) _____ Email (Correo electrónico) _____

I prefer to be contacted by: (¿Como prefiere que nos comuniquemos con usted?)

Telephone (Teléfono) Cell Phone (Celular) Text (Texto) Email (Correo electrónico)

Responsible Party Information (Información de la Persona 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) _____

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) _____



School of Dental Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

Demographic Information (Información demográfica):

Race? (¿Raza?)

- American Indian/Native Alaskan (Indio Americano/Nativo de Alaska)
- Asian (Asiatico)
- 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)

Primary Language (Primera lengua/lengua materna) _____

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) _____