

NEW HORIZON FAMILY DENTAL CARE
Patient Registration Form

Reason for Today's Visit: _____ Date: _____
Time: _____

Name: _____
 LAST FIRST MIDDLE MAIDEN

Social Security No.: _____ Date of Birth: _____ Marital Status: _____

Address: _____
 STREET/PO BOX CITY STATE ZIP CODE COUNTY OF RESIDENCE

Phone: _____ Age: _____ Sex: M F Race: _____
 HOME WORK

Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____

.....
RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (if different from patient):

Name: _____
 LAST FIRST MIDDLE MAIDEN

Social Security No.: _____ Date of Birth: _____ Marital Status: _____

Address: _____
 STREET/PO BOX CITY STATE ZIP CODE COUNTY OF RESIDENCE

Phone: _____ Age: _____ Sex: M F Race: _____
 HOME WORK

Please check any that apply:

Live in Homeless Shelter Live with Parents/Friends Live on Street

.....
INSURANCE INFORMATION (Please provide a copy of all insurance cards):

Insurance Company: _____ Name of Insured: _____

Insured's Date of Birth: _____ Social Security No: _____ Relationship to Patient: _____

Address: _____
 STREET OR PO BOX CITY STATE ZIP CODE

.....
INCOME INFORMATION:

Employer Name: _____ Phone: _____

Address: _____
 STREET OR PO BOX CITY STATE ZIP CODE

Please check all that apply:

Unemployed Full-Time Student Part-Time Student Seasonal Farm Worker Migrant Farm Work

Family Size: Family Members & Relationship
 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____
 6 or more _____

IF APPLYING FOR SLIDING FEE DISCOUNT:
My household income **per month** is:
\$ _____
OR
My household income **per year** is:
\$ _____

NEW HORIZON FAMILY DENTAL CARE

Formulario de Registracion

Explicacion de la enfermedad: _____ Fecha: _____
 Hora: _____

Nombre: _____
 Nombre Apellido de su padre

No. De Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Direccion: _____
 NO. CALLE APT. CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Telefono: _____ Años: _____ Sexo: H M
 CASA TRABAJO

Relacion/Pariente (En caso de emergencia): _____ Telefono: _____
 NOMBRE APELLIDO DE SU PADRE

GARANTE (Si no tiene seguros y no puede pagar la cuenta):

Nombre: _____
 Nombre Apellido de su padre

No. De Seguro Social.: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Direccion: _____
 NO. CALLE APT. CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Telefono: _____ Años: _____ Sexo: H M
 CASA TRABAJO

Por favor chequen los que apliquen:

Casa Temporal Vivo Con Parientes/Amigo Vivo en la calle

SI TIENE SEGURO MEDICO (Por favor entregue su carnet de seguro medico):

Nombre de Poliza: No. de Poliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ No. de Autorizacion: _____

¿Como se relaciona el asegurado con el paciente?: _____

Envie la Demanda a : _____

NO. CALLE APT CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION FINANCIERA:

Empresa donde Trabaja el Paciente: _____ Telefono: _____

Direccion de la Empresa: _____
 NO. CALLE APT CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Por favor chequen los que apliquen:

Sin Empleo Estudiante Completo Tiempo Estudiante Medio Tiempo Granjero Estacional Granjero Migrante

Numero de personas en mi casa: _____ Relacion de personas en mi casa: _____
 1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____
 5 _____
 6 o mas _____

PARA UN DESCUENTO SOLAMENTE:
 Mi salario mensual es:
 \$ _____
 O
 Mi salario anual es:
 \$ _____