



TAREQ M. AFIFI, D.D.S., INC.

COSMETIC, PREVENTATIVE & FAMILY DENTAL PRACTICE

12850 10th Street Suite B-1, Chino, CA 91710

Tel: 909-613-0111

Fax: 909-613-0150

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor, tómesese unos minutos para completar este formulario tan completamente como pueda. Si tienes alguna duda, estaremos encantados de ayudarte.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre MI (Preferido)

Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Casado ☐ Si ☐ No

Teléfono residencial: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Contacto De Emergencia: _____ Numero: _____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido ☐ CASA ☐ CELULAR ☐ TRABAJO ☐ Correo electrónico

Método de contacto preferido para el retiro ☐ CASA ☐ CALULAR ☐ TRABAJO ☐ Correo electrónico

Estatus de estudiante si es dependiente mayor de 19 años ☐ No estudiante ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial

¿Cómo te enteraste de nuestra oficina? _____

(Si alguien lo refirió aquí, por favor escriba su nombre para que podamos agradecerle)

INFORMACIÓN DE ENVÍO POR CORREO

Casilla de verificación si es la misma para toda la familia ☐

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ CA: _____ Zip : _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Su relación con el suscriptor: ☐ Self ☐ Cónyuge ☐ Hijo

Nombre del suscriptor: _____

Compañía de seguros: _____ Phone#: _____

Empleador: _____ Grupo: _____

POR FAVOR, PRESENTE LA TARJETA DE SEGURO EN LAS RECEPCIONES, GRACIAS.