



REGISTRACION DE PACIENTE
PATIENT REGISTRATION
(TO BE FILLED IN COMPLETELY - PLEASE PRINT)

7225 N. Oracle Rd. Ste. 201
Tucson, AZ. 85704
520-229-9000
Fax 520-229-9011
e-mail: info@krystalmiles.com
website: krystalmiles.com

Nombre Completo
FULL NAME _____
Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Initial Fecha de nacimiento
DATE OF BIRTH ____ / ____ / ____

de seguro social telefono de casa Hombre/Mujer Estado/Civil
SOCIAL SECURITY # _____ HOME TELEPHONE _____ Male/Female Martial Status S M W D

Telefono Celular Correo Electronico
CELL PHONE _____ E-MAIL ADDRESS _____

Direccion Local Numero
LOCAL ADDRESS _____ APT/SP _____

Ciudad EstadoCodigo Postal
CITY _____ STATE _____ ZIP _____

Empleo Telefono de negocio
EMPLOYER _____ BUSINESS TELEPHONE _____

Referido por
REFERRED BY _____
Doctor's NAME (Nombre del Doctor) PHONE (Telefono)

RESPONSIBLE PARTY If same as above, leave blank (Persona responsable)

Nombre completo Relacion # de seguro social
FULL NAME _____ RELATIONSHIP _____ SOCIAL SECURITY NO. _____

Direccion Fecha de nacimiento
ADDRESS _____ APT/SP _____ DATE OF BIRTH ____ / ____ / ____

Ciudad EstadoCodigo Postal Telefono de casa
CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ HOME TELEPHONE _____

EMPLOYER _____

Amigo o vecino en caso de emergencia
FRIEND OR NEIGHBOR IN CASE OF EMERGENCY _____

PHONE (Telefono) _____

Printed Name of Responsible Party _____

Signature of Responsible Party (Firma) _____ Date (Fecha) _____

Si el paciente es menor de 18 años de edad favor de llenar y firmar abajo.

IF PATIENT IS UNDER 18 YRS OF AGE PLEASE FILL IN.

Yo autorizzo, pido y derigo que se le haga a Nombre
I authorize, request and direct the performance upon Patient's Name _____

Edad cualquier tratamiento dental o quirurgico que sea necesario por los doctores de Krystal J Miles, D.D.S., M.S. o sus agentes.
Age _____ of any dental or minor surgical procedures deemed necessary by the doctors of Krystal J. Miles, D.D.S., M.S. or their agents.