

**CESAR R. SABATES DDS, PA**

*General Dentistry and Implantology*

SUITE 609  
747 PONCE DE LEON BOULEVARD  
CORAL GABLES, FLORIDA 33134

(305) 448-7217

**INFORMACIÓN DEL REGISTRO DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre Inicial Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de su pago: \_\_\_\_\_

Lazo Familiar con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleado por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro y Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_