

**Simmons Dental Associates**  
**5902 w 35<sup>th</sup> st.**  
**Cicero, IL , 60804**

**Name (Nombre)** \_\_\_\_\_

**Date Of Birth (Fecha de nacimiento)** \_\_\_\_\_

**Address (Direccion)** \_\_\_\_\_  
**Street** **City** **Zip**

**E-mail Address** \_\_\_\_\_

**Home Phone (telefono de casa)** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Work # (# de trabajo)** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Mobile # (telefono celular)** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Employee SSN** \_\_\_\_\_ **Occupation** \_\_\_\_\_  
(Seguro Social del empleado) (ocupacion)

**Insured Name** \_\_\_\_\_ **Ins. DOB** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona de la aseguranza) (Fecha de nacimiento)

**Employer** \_\_\_\_\_ **Address** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la compania) (Direccion)

**Name of dental INS (Nombre de seguro dental)** \_\_\_\_\_

**Secondary dental INS (Segundo seguro dental)** \_\_\_\_\_

**Health status (salud):** **Good (Bien), Fair (Regular), Poor (Mala)**

**Physicians Name** \_\_\_\_\_ **Telephone #** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Nombre de Medico) (Numero de telefono)

**Date of last physical exam (Fecha de su ultimo examen fisico)** \_\_\_\_\_

**Pharmacy # (Numero de farmacia)** \_\_\_\_\_

**Allergies (Alergias)** \_\_\_\_\_

**Are you Pregnant? (esta embarazada?)** \_\_\_\_\_

**Are you nursing? (esta dando pecho)** \_\_\_\_\_

**What is your dental concern today?** \_\_\_\_\_  
(cual es la razon de visita al dentista hoy?)

**When was your last dental visit?** \_\_\_\_\_  
(cuando fue la ultima vez que vio a un dentista)