

**Simmons Dental Associates**  
**5902 W. 35<sup>th</sup> St.**  
**Cicero IL 60804**

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

**Date Of Birth (Fecha De Nacimiento Del Paciente)** \_\_\_\_\_

**Address (Direccion)** \_\_\_\_\_  
**Street** \_\_\_\_\_ **City (Ciudad)** \_\_\_\_\_ **Zip (Codigo Postal)** \_\_\_\_\_

**E-Mail Address** \_\_\_\_\_

**Home Telephone (Telefono De Casa)** \_\_\_\_\_ **Work # (# Trabajo)** \_\_\_\_\_

**Cell Number (Telefono Celular)** \_\_\_\_\_

**Employee Social Security Number (Seguro Social Del Empleado)** \_\_\_\_\_ **Occupation (Ocupacion)** \_\_\_\_\_

**Insured Name (Nombre De La Persona De La Aseguranza)** \_\_\_\_\_ **Ins. D.O.B (Fecha De Nacimiento)** \_\_\_\_\_

**Employer (Nombre De La Compania)** \_\_\_\_\_ **Address (Direccion)** \_\_\_\_\_

**Dental Insurance Name (Nomre De Seguro Dental)** \_\_\_\_\_

**Do you Have A Secondary Dental Ins. (Tiene Otro Seguro Dental Por Parte De Usted o Su Esposo/a)** \_\_\_\_\_

**Health Status (Salud): Good (Bien), Fair (Regular), Poor (Malo)**

**Physicians Name (Nombre De Su Medico)** \_\_\_\_\_ **Telephone # (Numero De Telefono)** \_\_\_\_\_

**Date Of Last Physical Exam (Fecha De Su Ultimo Examen Fisico)** \_\_\_\_\_

**Medication (Medicinas Que Toma)** \_\_\_\_\_

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

**Have You Been In The Hospital During The Past Year? (Has Estado En El Hospital Durante El Ano Pasado?)** \_\_\_\_\_

**Are You Pregnant? (Esta Usted Embarazada?)** \_\_\_\_\_

**Nursing? (Da Pecho Al Nino/a?)** \_\_\_\_\_

**What Is Your Dental Problem Today? (Cual Es Su Razon De Visita Al Dentista Hoy?)** \_\_\_\_\_

**When Was Your Last Dental Visit? (Cuando Fue La Ultima Vez Que Vio A Un Dentista?)** \_\_\_\_\_