



## Appointment Request Form

Patient Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Parent /Legal Guardian 1 Name: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Parent /Legal Guardian 2 Name: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Location: (Please circle)

Bluitt Flower

DeHaro

Garland

South East

Grand Prairie

Irving

Dental Insurance: \_\_\_\_\_ PPO DMO

Medicaid CHIP Other: \_\_\_\_\_

Requesting appointment for:

Current Pain Level

Check up Cleaning Fillings/Crown Toothache (1-----5-----10)

Other: \_\_\_\_\_ (No Pain) (Severe Pain)

Place your completed form in the **Box** or **Fax** to

or **email** to: **BravoDentalDallas@gmail.com**

For General Inquiry, please call 1-888-68 BRAVO (2-7286)

[www.BravoDentalDallas.com](http://www.BravoDentalDallas.com)



## Formulario de solicitud para cita

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor legal 1: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padre / Tutor legal 2: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ubicación: (Por favor marque)

Bluitt Flower

DeHaro

Garland

South East

Grand Prairie

Irving

Seguro dental: \_\_\_\_\_ PPO DMO

Medicaid CHIP Otro: \_\_\_\_\_

Solicitando cita para:

Nivel actual de dolor

Chequeo Limpieza empaste/corona Dolor de muelas (1-----5-----10)

Otro: \_\_\_\_\_ (Sin dolor) (severo)

Coloque el formulario completo en la **caja** o por **fax** al **214-366-7660**

O mandar por correo electronico **BravoDentalDallas@gmail.com**

Para preguntas en general, por favor llame al 1-888-68 BRAVO (2-7286)

[www.BravoDentalDallas.com](http://www.BravoDentalDallas.com)