

Bienvenidos

Gracias por su selección de nuestro grupo dental.
Haremos todo lo posible para proveer lo mejor en cuidado dental.
Para ayudarnos a saber sus necesidades, conteste a las preguntas siguientes con pluma, por favor. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregúntenos. Con gusto le ayudaremos.

Número del Paciente _____

Número de Seguro Social _____

Fecha _____

Información Sobre el Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de Casa _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Si es Estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Tiempo Parcial Tiempo Completo

Nombre del Empleador (del Paciente o Padre) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Padre o Esposo _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿A quién le podemos agradecer la referencia? _____

¿En caso de emergencia, a quién le podemos notificar? _____ Teléfono _____

Persona Responsable (Si Aplica)

Nombre de la Persona Responsable de Esta Cuenta _____ Parentesco al Paciente _____

Dirección _____ Teléfono de Casa _____

Número de Licencia de Manejar _____ Fecha de Nacimiento _____ Nombre de Banco _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____ Número de Seguro Social _____

¿Es la persona responsable un paciente en nuestra oficina ahora? Sí No

Para su conveniencia ofrecemos los siguientes métodos de pago. Por favor de marcar lo que Ud. prefiere. Necesitamos su pago en total al tiempo de servicio.

Pago al contado Cheque Carta de credito VISA MasterCard Quiero discutir los arreglos financieros de esta oficina.

Información Sobre el Seguro

Nombre del Asegurado _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en Que Fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Sindicato (Si Aplica) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Aseguración _____ Número del Grupo _____ Número de Póliza _____

Dirección de la Aseguración _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio max. anual? _____

¿Tiene Ud. algún seguro adicional? Sí No (conteste a las preguntas siguientes, por favor)

Nombre del Asegurado _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en Que Fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Sindicato (Si Aplica) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Aseguración _____ Número del Grupo _____ Número de Póliza _____

Dirección de la Aseguración _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio max. anual? _____

Otro lado, por favor