

# 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