

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

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