

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Paciente Primer Nombre _____ Segunda Inicial _____ Apellido _____ Hombre _____ Mujer _____
Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad _____ Número Del Seguro Social ____ / ____ / ____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono (En casa) _____ Teléfono (Durante El Día) _____ Teléfono (Cell) _____
Dentista _____ Orthodontist _____ Referido Por _____
Es usted Estudiante? No Sí Sí, De Jornada Completa Parte De Tiempo Escuela _____
Esta usted Empleado? No Sí Sí, De Jornada Completa Parte De Tiempo empleador _____
Esta usted Casado Soltero Viuda

INFORMACIÓN DE PARTIDO RESPONSABLE POR LA CUENTA

Quien sera responsable por pagar la cantidad que el a seguro no pague? Usted Esposo Marido Madre
 Padre Otro

Nombre _____ Teléfono (En casa) _____ Teléfono (Durante El Día) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Esado _____ Zip _____
Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____ Número Del Seguro Social ____ / ____ / ____ Empleador _____

INFORMACIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO DENTAL

Compañía De Seguro Dental _____	Compañía De Seguro Secundaria _____
Dirección _____	Dirección _____
Compañía De Seguro Teléfono _____	Compañía De Seguro Teléfono _____
Nombre Del Segurante _____	Nombre Del Segurante _____
Número Del Seguro Social ____ / ____ / ____	Número Del Seguro Social ____ / ____ / ____
Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____	Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____
Empleador _____ Relación Del Paciente _____	Empleador _____ Relación Del Paciente _____

SEGURANZA/SEGURO MEDICO

Seguranza/Seguro Médico _____
Dirección _____
Teléfono _____
Nombre Del Seguro _____
Número Del Seguro Social ____ / ____ / ____
Fecha De Nacimiento ____ / ____ / ____ Empleador _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____
Relación _____
Teléfono _____

Por favor recuerde que el seguro/seguranza es considerado un método de re-embolso para el paciente por honorarios pagados al médico y no es un sustituto por un pago. Algunas compañías pagan una concesión fija/arreglada por ciertos procesos y otras compañías pagan un porcentaje del gasto/cargo. Es su responsabilidad de pagar los deductibles, co-seguros o cualquier balance que la compañía de seguro no pagó.

Mi firma abajo es autorización para permitir dar información necesaria para procesar mi cuenta. Yo, por lo tanto, autorizo pago directo al dentista de beneficios del seguro que de otro modo me los pagarion a mi.

Firma _____ Fecha _____

(Si el paciente es menor de 18 años, los padres o el guardián deben de firmar.)