

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental! Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible. Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental, llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

No. de paciente _____

No. de seguro social _____

Fecha _____

Información del Paciente (Confidencial)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono particular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Marque el cuadro correspondiente: Menor Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Si es estudiante, nombre de la universidad _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Tiempo Com Tiempo parcial

Paciente o empleador del paciente o tutor _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección comercial _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Cónyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? _____

Persona de contacto en caso de urgencia _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relación con el Paciente _____

Dirección _____ Teléfono particular _____

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institución financiera _____

Empleador _____ Teléfono del trabajo _____ No. de seguro social _____

¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:

Efectivo Cheque personal Tarjeta de crédito VISA MasterCard Deseo analizar las políticas de pago la consulta.

Información del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____

Dirección de la compañía seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relación con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

Compañía de seguros _____ No. de grupo _____ Política/No. de identificación _____

Dirección de la compañía seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal/P.C. _____

¿De cuánto es su deducible? _____ ¿Cuánto ha usado? _____ Beneficio máximo anual _____