Bienvenido

¡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 completo ☐ 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 _____ Teléfono _____

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 _____

¿Está 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 de 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. do grupo _____ Política/No. de identificación _____

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

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

Sigue en la hoja siguiente