

BIENVENIDO

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos. Nuestra meta es ayudarlo a alcanzar y mantener una salud oral óptima. Por favor, rellene este formulario completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

1 SOBRE USTED

Fecha de hoy: _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Sra.

Prefiero que me llamen por: _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____
de Apt./Cande

Ciudad Estado Código postal

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Tel. Casa: (____) _____ Tel. Celular/Otro: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

Licencia de manejar: _____

Patrón: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

¿Cuánto tiempo lleva en ese trabajo? _____ Ocupación: _____

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? _____

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera? _____

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros: _____

Dentista previa / actual: _____

(por favor haga un círculo alrededor del que atiende)

Persona responsable por la cuenta: _____

2 INFORMACIÓN DEL/A ESPOSO/A

Su nombre: _____

Patrón: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Licencia de manejar: _____

Amigo o pariente que no viva con Ud.

Su nombre: _____ Relación: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Casa: (____) _____

3 ASEGURANZA

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: ___/___/___

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

Aseguranza secundaria

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o póliza): _____

Nombre del asegurado: _____ Relación: _____

Fecha de nac. del asegurado: ___/___/___

de Seguro Social: _____

Patrón del asegurado: _____

Dirección del patrón: _____

Ciudad Estado Código postal

El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo me serían pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

Firma _____

Fecha _____

CONTINÚA AL DORSO