

# 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.

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_  
No. de seguro social \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/P.C. \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
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. 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 \_\_\_\_\_

¿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

