

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

SOBRE USTED

Fecha de hoy: _____

Correo electrónico: _____

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

Prefiero que me llamen por: _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____

Seguro Social: _____

Dirección de casa: _____
de Apt./Condo

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 previo / actual: _____
(por favor haga un círculo alrededor del que convenga)

Persona responsable por la cuenta: _____

INFORMACION DE LA ESPOSA/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: (____) _____

ASEGURANZA

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

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

Asegurancia secundaria

¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

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 asegurancia, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi asegurancia no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la Oficina Dental de los beneficios del grupo de asegurancia que de otro modo me serian 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