

Bienvenidos

Gracias por su selección de nuestro grupo dental. Haremos todo lo posible para proveer lo mejor en cuidado dental. Para ayudarnos a saber sus necesidades, conteste a las preguntas siguientes con pluma, por favor. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregúntenos. Con gusto le ayudaremos.

Número del Paciente _____

Número de Seguro Social _____

Fecha _____

Información Sobre el Paciente (confidencial)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono de Casa _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si es Estudiante, Nombre de la Escuela/Universidad _____ Ciudad _____ Estado _____
Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Tiempo Tiempo
 Parcial Completo

Nombre del Empleador (del Paciente o Padre) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Padre o Esposo: _____ Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

¿A quién le podemos agradecer la referencia? _____

¿En caso de emergencia, a quién le podamos notificar? _____ Teléfono _____

Persona Responsable (Si Aplica)

Nombre de la Persona Responsable de Esta Cuenta _____ Parentesco al Paciente _____

Teléfono de Casa _____



dental office
Ruben Mendez DDS

Información Sobre el Seguro

Nombre del Asegurado _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en Que Fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Sindicato (Si Aplica) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Aseguración _____ Número del Grupo _____ Número de Póliza _____

Dirección de la Aseguración _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio rmx. anual? _____

¿Tiene Ud. algún seguro adicional? sí No (conteste a las preguntas siguientes, por favor)

Nombre del Asegurado _____ Parentesco al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Fecha en Que Fue Empleado _____

Nombre del Empleador _____ Sindicato (Si Aplica) _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de la Aseguración _____ Número del Grupo _____ Número de Póliza _____

Dirección de la Aseguración _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuánto es su deducible? _____ ¿Qué cantidad ha utilizado? _____ ¿Beneficio rmx. anual? _____

Otro lado, por favor