

### Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_  
(Marque con Círculo) Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado  
A quien agradecemos por referirlo a nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
Dentista General (Si el/ella no lo refirió): \_\_\_\_\_  
En caso de Emergencia notificar a: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

#### Seguro Principal:

Titular de la Póliza (Si no es el paciente): \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación con Pt.: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
# Registro/ID: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

#### Seguro Adicional

Titular de la Póliza (Si no es el paciente): \_\_\_\_\_ SSN #: \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación con Pt.: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
# Registro/ID: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

#### Acuerdo Financiero

En nuestra oficina, nosotros haremos todo lo posible por calcular exactitud el valor de sus beneficios y la porción que a Ud. Le toca pagar, sin embargo no podemos garantizar el monto final ya que este es determinado por su compañía de seguro. El día de su cita, nosotros le cobraremos el valor calculado que le corresponde pagar a Ud. y, como cortesía, enviaremos la orden de pago a su seguro. Tomo hasta 4 semanas para que la compañía de seguros procese el pago. Cualquier porción no cubierta por el seguro después de 4 semanas será responsabilidad del paciente por pagar en 30 días. Por favor firme abajo para indicar que entiende y esta de acuerdo con estas condiciones. Gracias.

Firma del Paciente/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_