

## **INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ C/S/Z: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Estado marital: M S W D No. de dependientes: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Estudiante: F/T P/T Nombre del colegio: \_\_\_\_\_  
Esposa: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## **PERSONA RESPONSABLE POR LOS PAGOS DE ESTA CUENTA**

Nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ C/S/Z: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de años empleado: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ C/S/Z : \_\_\_\_\_  
Local Numero: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Seguro Dental: \_\_\_\_\_

SI TIENE SEGURO DENTAL Y ESTA INVOLUCRADO PORFAVOR LLENE LA INFORMACION ABAJO :

### **SEGURO PRIMARIO (usar su tarjeta de identificación)**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Relación del paciente con el asegurado: Mismo: \_\_\_\_\_ Esposa: \_\_\_\_\_ Hijo : \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamos: \_\_\_\_\_

### **SEGURO SECUNDARIO (usar su tarjeta de identificación)**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
Relación del paciente con el asegurado: Mismo: \_\_\_\_\_ Esposa: \_\_\_\_\_ Hijo : \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamos: \_\_\_\_\_