

DATOS SOBRE EL PACIENTE

Información sobre el Paciente

Nombre: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 E-mail: _____ Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____
 Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Marque el Cuadro: Señor Señora Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Persona de Contacto en Caso de Urgencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
 ¿Cómo encontró información sobre nuestro consultorio? ¡Por favor, maque el cuadro.
 Amigo Pariente Dentista Médico Website Guía Telefónica Paciente de Zen Dental Otro: _____

Información de Persona Responsable

(No llenar esta sección si se trata de la misma persona mencionada arriba)

Nombre: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 ¿Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta? Sí No Relación con el Paciente: _____
 Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Marque el Cuadro: Señor Señora Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____
 Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Información sobre su Seguro Principal

Nombre del Asegurado: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Relación con el Asegurado: Paciente Esposo(a) Padre/Madre _____ Número de Seguro Social del Asegurado: _____ - _____ - _____
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Compañía de Seguros: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____
 Numero de Group: _____ Numero de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____

Información sobre el Seguro Adicional

Nombre del Asegurado: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
 Relación con el Asegurado: Paciente Esposo(a) Padre/Madre _____ Número de Seguro Social del Asegurado: _____ - _____ - _____
 Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____
 Compañía de Seguros: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____
 Numero de Group: _____ Numero de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiera, otras sumas que de otra manera serían pagaderas a mí o a mí nombre por los servicios prestados, se paguen directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos por los servicios realizados por el proveedor. Si el reembolso del seguro no es suficiente para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, yo soy responsable del pago de la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a brindar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. También doy mi consentimiento al examen y/o al tratamiento de mí mismo y de todos mis hijos menores nombrados, por parte de médicos, sus asistentes y otros miembros del personal médico. Si no se proporciona toda la información requerida, es posible que se me envíe una factura por los servicios.

Firma del Paciente

Firma de la Persona Responsable