

# Bienvenido

¡Gracias por seleccionar nuestro equipo de atención dental!  
Nos esforzaremos por prestarle la mejor atención dental posible.  
Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atención dental,  
llene completamente este formulario con lápiz de tinta. Si tiene alguna  
pregunta o necesita ayuda, consúltenos, con gusto lo ayudaremos.

## Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

No. de paciente \_\_\_\_\_

No. de seguro social \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_

Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Marque el cuadro correspondiente:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Si es estudiante, nombre de la universidad \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial

Paciente o empleador del paciente o tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_

Cónyuge o nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

¿A quién le podemos agradecer por derivarlo? \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de urgencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

No. de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Institución financiera \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_

¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta?  Sí  No

Para su comodidad, le ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque la opción que prefiera. Pago total en cada cita:

Efectivo  Cheque personal  Tarjeta de crédito  VISA  MasterCard  Deseo analizar las políticas de pago de la consulta.

## Información del Seguro

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. do grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_

¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  Sí  No SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación con el  
Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de empleo \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ No. de sindicato o gremio local \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ No. de grupo \_\_\_\_\_ Política/No. de identificación \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/  
Provincia \_\_\_\_\_ Código Postal/  
P.C. \_\_\_\_\_

¿De cuánto es su deducible? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto ha usado? \_\_\_\_\_ Beneficio máximo anual \_\_\_\_\_

Sigue en la hoja siguiente