

- Quality Control Proof
- Outside First Proof
- Outside Second Proof
- In-House / To Sales Only

SP126326

Kids & Family Dentistry

Kelley Delduca

Synthia Solivan

Start Date: -
 Last User: Marla Gillaspie
 Tue, Jan 6, 2009 - 2:44:04 PM

Ins. Date _____ Pub. _____ Sect. _____ Loc. _____

SP126326

Size: 8.5" x 11"



Gracias por seleccionar nuestro equipo de atencion dental
 Nos esforzaremos por prestarle la mayor atencion dental posible.
 Para ayudarnos a satisfacer todas sus necesidades de atencion dental,
 Llene completamente este formulario con lapiz de tinta. Si tiene alguna
 Pregunta o necesita ayuda, consultenos, con gusto lo ayudaremos.

Bienvenido

No. de paciente _____

No. de seguro social _____

Fecha _____

Informacion del Paciente (CONFIDENCIAL)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Telefono particular _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____Codigo Postal/P.C. _____

Correo electronico _____ Telefono celular _____

Marque el cuadro correspondiente: Menor Solter(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 _____ Telefono del trabajo _____

Direccion commercial _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____Codigo Postal/P.C. _____

Conyuge o nombre del padre o tutor _____ Empleador _____ Telefono del trabajo _____

A quien le podemos agradecer por derivarlo _____

Persona de contacto en caso de urgencia _____ Telefono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de esta cuenta _____ Relacion con el paciente _____

Direccion _____ Telefono particular _____

Correo electronico _____ Telefono celular _____

No. de licencia de conducir _____ Fecha de nacimiento _____ Institucion financiera _____

Empleador _____ Telefono del trabajo _____ No. de seguro social _____

Esta persona es actualmente paciente de nuestra consulta Si No

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

Efectivo Cheque personal Tarjeta de credito Visa MasterCard Deseo analizar las politicas de pago de la consulta.

Informacion del Seguro

Nombre del asegurado _____ Relacion con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Relacion con el Paciente _____

Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Telefono del trabajo _____

Direccion del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____Codigo Postal/P.C. _____

Compania de seguros _____ No. de grupo _____ Politica/No. de identificacion _____

Direccion de la compania de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____Codigo Postal/P.C. _____

De cuanto es su deducible _____ Cuanto ha usado _____ Beneficio maximo anual _____

TIENE ALGUN SEGURO ADICIONAL Si No SI LA RESPUESTA ES SI, LLENE LO SIGUIENTE:

Nombre del asegurado _____ Relacion con el Paciente _____

Fecha de nacimiento _____ No. de seguro social _____ Fecha de empleo _____

Nombre del empleador _____ No. de sindicato o gremio local _____ Telefono del trabajo _____

Direccion del empleador _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____Codigo Postal/P.C. _____

Compania de seguros _____ No. de grupo _____ Politica/No. de identificacion _____

Direccion de la compania de seguros _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____Codigo Postal/P.C. _____

De cuanto es su deducible _____ ¿Cuanto ha usado? _____ Beneficio maximo anual _____

Sigue en la hoja siguiente