

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos.
 Nuestra meta es ayudarlo a alcanzar y mantener una salud oral óptima.
 Por favor, rellene este formulario completamente.
 Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

Bienvenido

al Ortodoncista

Sobre usted

Fecha de hoy: Correo electrónico:

Nombre:

Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Srta

Prefiero que me llamen por: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: Edad:

Seguro Social:

Dirección de casa:

de Apt / Condo

Ciudad Estado Código postal

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Tel. Casa: Tel. Celular/Otro:

Tel. Trabajo: Ext:

Licencia de manejar:

Patrón:

Dirección del patrón:

Ciudad Estado Código postal

¿Cuánto tiempo lleva en ese trabajo? Ocupación:

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle?

¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera?

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros:

Dentista previo / actual:

(por favor haga un círculo alrededor del que convenga)

Persona responsable por la cuenta:

Aseguranza

¿Plan de ortodoncia? Sí No ¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros:

Dirección:

Teléfono:

de grupo (# de plan, local o póliza):

Nombre del asegurado: Relación:

Fecha de nac. del asegurado:

de Seguro Social:

Patrón del asegurado:

Dirección del patrón:

Ciudad Estado Código postal

Aseguranza secundaria

¿Plan de ortodoncia? Sí No ¿Plan dental? Sí No

Compañía de seguros:

Dirección:

Teléfono:

de grupo (# de plan, local o póliza):

Nombre del asegurado: Relación:

Fecha de nac. del asegurado:

de Seguro Social:

Patrón del asegurado:

Dirección del patrón:

Ciudad Estado Código postal

El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.

Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago de los beneficios del grupo de aseguranza (que de otro modo me serían pagados a mí) directamente a esta oficina. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento de ortodoncia. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.

Firma

Fecha

Información del/a esposo/a

Su nombre:

Patrón:

Tel. Trabajo: Ext:

de Seg. Social:

Fecha de nacimiento:

Licencia de manejar:

Amigo o pariente que no viva con Ud.

Su nombre: Relación:

Tel. Trabajo: Tel. Casa:

Continua al dorso