

# BIENVENIDO

## ACERCA DE TI

FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Yo prefiero ser llamado: \_\_\_\_\_  M  F

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_

### Información de Contacto

Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Cell # \_\_\_\_\_ Otro # \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

# de Licencia \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Cónyuge: \_\_\_\_\_ # de telefono \_\_\_\_\_

### OTRA INFORMACION

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia visto por nosotros?  
\_\_\_\_\_

Quien podemos agradecer por referirlo? \_\_\_\_\_

Dentista Anterior: \_\_\_\_\_ Ultima visita \_\_\_\_\_

## EMPLEO

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ #de Telefono \_\_\_\_\_

Occupacion: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDAD DE LA CUENTA

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ #de Telefono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

## SEGURO DENTAL

SI SEGURO DENTAL ESTARA INVOLUCRADO,  
POR FAVOR COMPLETAR LA INFORMACION DE ABAJO

### SEGURO DENTAL PRIMARIA

(Use su Tarjeta de Identificación)

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

Empleado del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la compania de la aseguranza: \_\_\_\_\_

# de telefono de la aseguranza: \_\_\_\_\_

# de grupo: \_\_\_\_\_

# de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL SECUNDARIA

(Use su Tarjeta de Identificación)

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

Empleado del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la compania de la aseguranza: \_\_\_\_\_

# de telefono de la aseguranza: \_\_\_\_\_

# de grupo: \_\_\_\_\_

# de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

## DESCARGO DE INFORMACION

Autorizo el intercambio de información relativa a cualquier reclamación de seguro, a mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento dental.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DE PAGO

Yo autorizo el pago directamente al los beneficios del seguro colectivo de otro modo pagaderos a mi dentista o por debajo llamado.

Dr. Dan Utley DDS y/o Asociados

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CITA FALTADA

AVISO: Habrá un cargo por citas canceladas o perdidas SIN AVISO DE 48 HORAS.