



¡Bienvenido! Por favor díganos acerca de usted...

Paciente Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: __ Hombre __ Mujer

Estado civil: __ Soltero __ Divorciado __ Separado __ Viudo Estudiante: __ Tiempo completo __ Medio tiempo

Teléfono celular: _____ me gustaría recibir correspondencia vía texto: __ Sí __ No

Correo electrónico: _____ me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico: __ Sí __ No

Teléfono de casa: _____ # Seguro Social _____ # de Licencia: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ # del trabajo : _____ tiempo completo __ Medio tiempo __ Jubilado

Cómo se enteró de New Image Dentistry: () Facebook () Búsqueda de Internet () Cartelera/edificio Amigo/Familiar _____ (Nombre)

¿Tiene un dentista preferido? _____ Higienista? _____

¿Tiene una farmacia preferida? _____ # de Tel : _____

Padre o tutor de paciente enumerado arriba (si menor): _____

Dirección (si diferente): _____

de Teléfono celular : _____ me gustaría recibir correspondencia via texto: __ Sí __ No

Correo electrónico: _____ me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico: __ Sí __ No

de teléfono de casa: _____ # Seguro Social : _____ Licencia # _____

Empleador: _____ # del trabajo: _____

Información de seguro primaria:

Nombre del asegurado: _____ Relación del asegurado: __ Uno mismo __ Cónyuge __ Hijo __ Otro

ID o # de seguro social del asegurado _____ Identificación de Medicaid: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del empleador: _____ Compañía de seguro: _____

Por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro para el personal de recepción.

Información sobre el seguro secundario:

Nombre del asegurado: _____ Relación asegurado: __ Uno mismo __ Cónyuge __ Hijo __ Otro

ID o # de seguro social del Asegurado _____ Identificación de Medicaid: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del empleador: _____ Compañía de seguro: _____

Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o beneficios del seguro de grupo dental lo contrario a pagar a mí. Autorizo al doctor para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos o no pagado por el seguro. Autorizo el uso de esta firma en todos los envíos seguros.

Firma del paciente (padres o tutor si es menor):

X _____ Fecha: _____