

NUMERO DE PACIENTE

© 1991 Wisconsin Dental Association  
(800) 243-4675

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

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

SI ES MENOR, NOMBRE DEL PADRE O MADRE \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

**1ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL**

¿COMO DESEA QUE LE LLAMEN? \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo  Menor

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

**CORRIERO** \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ Nº AÑOS \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO: DOMICILIO \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

PACIENTE/PADRE O MADRE EMPLEADO POR \_\_\_\_\_

Nº DE PROGRAMA O POLIZA \_\_\_\_\_

POSICION ACTUAL \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD \_\_\_\_\_

GRUPO O LOCAL DE LA UNION \_\_\_\_\_

CONYUGE/NOMBRE DEL PADRE O MADRE \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

CONYUGE EMPLEADO POR \_\_\_\_\_

CARGO ACTUAL \_\_\_\_\_ ANTIGÜEDAD \_\_\_\_\_

**2ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL**

RESPONSABLE DE ESTA CUENTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

METODO DE PAGO: Seguro  Tarjeta de crédito  Efectivo

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

PROPOSITO DE LA VISITA \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ Nº AÑOS \_\_\_\_\_

OTROS FAMILIARES ATENDIDOS AQUI \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA \_\_\_\_\_

¿QUIEN LO HA ENVIADO A ESTE CONSULTORIO? \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE/PADRE O MADRE \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CONYUGE/PADRE O MADRE \_\_\_\_\_

Nº DE PROGRAMA O POLIZA \_\_\_\_\_

PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE URGENCIA, QUE NO VIVA CON USTED \_\_\_\_\_

GRUPO O LOCAL DE LA UNION \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION:**

Por la presente autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para prestar una atención odontológica adecuada.  
Autorizo la difusión de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo) que sean prestados con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de los beneficios de seguro.

Autorizo la difusión a otro dentista de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo).

Autorizo por la presente el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, que de otra manera serían pagaderos a mi nombre.

Entiendo que la empresa o pagador del seguro médico dental correspondiente a mis beneficios odontológicos puede pagar un monto inferior al de la factura por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de pagar por completo todas las cuentas. Al firmar esta declaración, anulo todos los otros acuerdos anteriores en contrario y acepto ser responsable por el pago de los servicios que no sean pagados, ya sea total o parcialmente, por la empresa de seguro dental.

Certifico la exactitud de la información en esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**REGISTRACION**

