



# Smile Dental Group

## Información del paciente

## Oficina:

### Información del paciente

Lengua materna:  English  Español Sexo:  Femenino  Masculino  
 Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto?  Sí  No  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
**Medio de comunicación preferido**  
 Residencial  Teléfono del trabajo  Celular  Correo electrónico

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Información del plan de seguro primario

Tipo de seguro:  No seguro  HMO  PPO/Indemnización  Denti-Cal  
 Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número del seguro: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

### Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente:  Yo mismo  Persona Responsable  Cónyuge  Otro  
 Sexo:  Femenino  Masculino  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

### Información de la persona responsable

Relación con el paciente:  Yo mismo  Padres/Tutor  Cónyuge  Otro  
 Sexo:  Femenino  Masculino  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto?  Sí  No  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información del plan de seguro secundario

Tipo de seguro:  No seguro  HMO  PPO/Indemnización  Denti-Cal  
 Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número del seguro: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

### Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente:  Yo mismo  Persona Responsable  Cónyuge  Otro  
 Sexo:  Femenino  Masculino  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 NSS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

### Información del empleador

Situación laboral:  Empleado  Estudiante  Retirado  Desempleado  
 Nombre del empleador/escuela: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto tiempo? \_\_ Año(s) \_\_ Mes(es)

### ¿Cómo nos encontró?

Yo Entree'  Cartelera Otros \_\_\_\_\_  
 Televisión  Familias / Amigo \_\_\_\_\_  
 Radio  Pagina Electronica \_\_\_\_\_  
 Paginas Amarillas  Asegurancia \_\_\_\_\_

### Información de la persona de contacto en caso de emergencia

Relación con el paciente:  Persona Responsable  Otro  
 Sexo:  Femenino  Masculino  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información aquí expuesta es exacta y puede ser aprobado para recibir crédito y proporcionar los servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos u/o cargos no cubiertos y/o no pagados por mi compañía de seguros por cualquier razón. Yo autorizo que cualquier pago o beneficios del seguro sea pagado directamente a esta corporación dental. Entiendo que soy financieramente responsable de ningún cargo no cubierto en esta autorización. Autorizo la liberación de cualquier información que relaciona a cualquier reclamo o reclamos dentales.

Firma del Partido Responsable

Fecha

(Representante Legal si el Paciente es un menor)

### **Actualizar Información del Paciente \* Actualizar es anotar algún cambio en la Información del Paciente**

Fecha	Firma	Comentarios