

REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

Chart ID: _____

Fecha: ____/____/____

Parte Responsable (si alguien mas que el paciente)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - Teléfono del Empleador: (____) _____ - Celular (____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Licencia #: _____

La parte responsable es también el tenedor de póliza para el paciente

Tenedor de póliza del seguro principal

Tenedor de póliza del seguro secundario

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - Teléfono del Empleador: (____) _____ - Celular (____) _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social #: _____ - _____ - _____ Licencia #: _____

Edad: _____ Sexo: M F Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Correo electrónico: _____ Me gustaría recibir correspondencia por e-mail

Estado Laboral: Tiempo completo Medio tiempo Retirado Dentista Preferido: _____

Estado Estudiantil: Tiempo completo Medio tiempo Farmacia Preferida: _____

MEDICAID ID: _____ Higienista Preferida: _____

Información del Seguro Primario

Nombre del asegurado: _____ Relación al asegurado: Yo mismo(a) Cónyuge Hijo(a) Otro(a)

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Empleador: _____ Compañía de Seguro: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código: _____ Ciudad, Estado, Código: _____

Beneficios Restantes: _____ Deducible Restante: _____

Información del Seguro Secundario

Nombre del asegurado: _____ Relación al asegurado: Yo mismo(a) Cónyuge Hijo(a) Otro(a)

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Empleador: _____ Compañía de Seguro: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código: _____ Ciudad, Estado, Código: _____

Beneficios Restantes: _____ Deducible Restante: _____