

## INFORMACION PERSONAL

### DENTAL AVENU

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
I: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo  
Postal: \_\_\_\_\_

Tel/Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  
F \_\_\_ M \_\_\_

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

Estado Civil: \_\_\_ Solter@ \_\_\_ Casad@ \_\_\_ Viud@ Numero de Seguro Social:  
\_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Direccion:  
\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (nombre): \_\_\_\_\_ Numero de Tel:  
\_\_\_\_\_

\*POR QUE MEDIO FUE REFERIDO A NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

\*NOMBRE DE PERSONA QUE LO REFIRIO: \_\_\_\_\_ Relacion:  
\_\_\_\_\_

### SEGURO DENTAL

Nuestra oficina enviara las formas o planillas necesarias a las companias de seguros respectivas, y hara todo lo possible para que usted reciba el maximo beneficio de su poliza. Sin embargo, no *podemos garantizarle ninguna estimacion de beneficios*. Ya que su poliza dental es un contrato entre usted y su compania de seguros, usted es responsable en su totalidad por el pago de su tratamiento y cualquier diferencia que su seguro no cubra. **Usted es responsable por cualquier deducible, co-pago o diferencia que su seguro no pague.**

### INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Compania Aseguradora: \_\_\_\_\_ Numero del plan:  
\_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Seguro Social #:  
\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente:  
\_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Telefono:

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACION**

La informacion que yo he brindado en este cuestionario es la mas correcta posible. Yo tambien entiendo que esta informcion sera mantenida en la mas estricta confidencia y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Yo autorizo a esta oficina dental a realizar el tratamiento dental necesario para mi particular situacion y/o diagnostico.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o persona responsable)

\_\_\_\_\_  
Fecha