

Bienvenido a



Forma de Registro

Seguro

Nombre de paciente _____

Apodo _____

Hombre Mujer

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Numero del Seguro Social _____

Dirección

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Teléfono **Indique el mejor numero para llamar.**

Casa _____

Celular _____

Trabajo _____

Email _____

Occupación _____

Estatus: Menor Soltero/a Casado/a

Referido por _____

Seguro DENTAL Primario

Compañía de seguro _____

de grupo _____

Nombre de asegurado _____

SS# asegurado _____

ID# asegurado _____

Fecha nacimiento asegurado _____

Relación a asegurado _____

Empleador _____

Dirección Empleador _____

Tel. Empleador _____

Seguro DENTAL Secundario

Compañía de seguro _____

de grupo _____

Nombre de asegurado _____

ID# asegurado _____

SS# asegurado _____

Fecha nacimiento asegurado _____

Relación a asegurado _____

Empleador _____

Dirección Empleador _____

Tel. Empleador _____

En Caso de Emergencia

¿A quien deberemos de llamar?

Nombre _____

Relación _____

Tel. Casa _____

Tel. Trabajo _____

Médico

Nombre _____

Teléfono _____

Informacion de Cuenta

La persona ultimamente responsable de pago

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

SS# _____

Licencia de manejar _____

Tel. casa _____ Tel. trabajo _____

Certifico que todos los beneficios del seguro estan asignados directamente a Comfort Dental Care, PA. Entiendo que yo soy responsable financieramente de todos los pagos dentales que esten cubiertos, o no, por el seguro. Autorizo el uso de toda la informacion necesaria, y el uso de mi firma, para todos los sumisiones al compañía de seguro.

Signatura _____

Fecha _____