

# Hoja de Información del Paciente

Cuadro # \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información del Paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Número de Licencia o identificación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del Empleador: ( ) \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia, contactar: (nombre) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Cómo intenta pagar? ☐ Efectivo ☐ Crédito ☐ Seguro ☐ Medi-Cal ☐ Otro \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

(No llenar si es igual que arriba)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número de Licencia o identificación: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Tiempo en este trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Primario

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de la casa del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_ Vigente desde: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía del seguro: ( ) \_\_\_\_\_  
¿La póliza está conectada con el sindicato? ☐ Si ☐ No Nombre del Sindicato \_\_\_\_\_ No. del Local del Sindicato \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Secundario

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de la casa del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_ Vigente desde: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía del seguro: ( ) \_\_\_\_\_  
¿La póliza está conectada con el sindicato? ☐ Si ☐ No Nombre del Sindicato \_\_\_\_\_ No. del Local del Sindicato \_\_\_\_\_

## Referencias Personales

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Solicito que todos los beneficios dentales, si hubiere, en otras circunstancias pagaderos a mí por servicios prestados, sean pagados al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si la cobertura del seguro es insuficiente para cubrir mis obligaciones y/o un procedimiento. Soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a proporcionar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También consiento a la examinación y/o tratamiento de mi persona y todos los hijos(as) menores aquí listados por doctores, asistentes de doctores y otro personal médico. El no proveer información completa puede resultar en un cobro a mi persona por servicios. Estoy conciente de que al firmar abajo certifico que toda la información está completa y es correcta. Esta oficina dental, puede verificar esta información en cualquier fuente que considere necesario (incluyendo pero no limitándose a reportes de crédito) y puede proporcionar a otros información concerniente a mi historial crediticio (o el reporte de crédito) hasta el grado permitido por la ley. Esta es mi autorización extendida a esta oficina dental, para que verifiquen mi historial crediticio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable