



**ESPECIALIDADES  
DENTALES  
GENERAL DENTISTRY  
4008 N 33RD AVE  
PHOENIX, AZ 85017-4510**

**EXPEDIENTE # \_\_\_\_\_ INFORMACION SOBRE EL PACIENTE      FECHA \_\_\_\_\_**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ No de Apt \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Numero de identificación \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 No de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Compañía donde trabaja: \_\_\_\_\_ Tiempo en la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia, comunicarse con: (nombre) \_\_\_\_\_  
 Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
 Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ No de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Compañía donde trabaja: \_\_\_\_\_ Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo va a pagar? \_ Efectivo \_ Crédito \_ Aseguración \_ De otro modo \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ No de Apto \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE ASEGURANZA PRIMARIA**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Domicilio del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación entre el Asegurado y el Paciente: Esposo/a Hijo/a Padre/Madre      Sexo: (M) (F)  
 Número de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Nombre y Número de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Tel ( ) \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Efectividad \_\_\_\_\_ Numero de ID \_\_\_\_\_  
 No de Grupo \_\_\_\_\_ No de Póliza: \_\_\_\_\_

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiera, u otras sumas que de otra manera serían pagaderas a mí o a mi nombre por los servicios prestados, se paguen directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos por los servicios realizados por el proveedor. Si el reembolso del seguro no es suficiente para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, yo soy responsable del pago de la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a brindar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. También doy mi consentimiento al examen y/o al tratamiento de mí mismo y de todos mis hijos menores nombrados, por parte de médicos, sus asistentes y otros miembros del personal médico. Si no se proporciona toda la información requerida, es posible que se me envíe una factura por los servicios

**FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_**

**FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_**