

Bienvenido, Nuestro objetivo es ayudarle a lograr y mantener una salud oral optima. Por favor, sírvase a llenar en su totalidad el siguiente cuestionario. Recuerde que establecer una buena comunicación influye en que usted reciba un buen servicio.

## 1 INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Apellido Nombre Inicial Sr. Sra. Srta. Dr.  
 Prefiero ser llamado: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Num. SS: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
 Calle Num. Apt

Ciudad Estado Código Postal

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Otro Num.: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Num. Lic.: \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleador:** \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Tiempo de Permanencia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Indique dónde y cuando es el tiempo mas conveniente para hablar con usted.** \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_ amigos, páginas amarillas, internet, correo

Indique por quién fue referido para proceder a darle las gracias. \_\_\_\_\_

Mencione nombre de otros miembros de su familia atendidos por nosotros: \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista: anterior/actual: \_\_\_\_\_  
 Marque con un Círculo

Fecha de su última visita:  6 meses / 1 año  1-2 años  Más de 2 años

## 2 INFORMACIÓN DEL CONYUGE

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Num. de Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_ Num. SS: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Num. Lic: \_\_\_\_\_

**Persona Responsable de esta Cuenta:** \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Num. Lic: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Num. SS: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

## 3 SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan, Local o Póliza Num.): \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Num. SS. del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Patron del Asegurado: \_\_\_\_\_

## 4 SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. De Teléfono de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Num. de Grupo (Plan, Local o Póliza Num.): \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Num. SS. del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del Patrón del Asegurado: \_\_\_\_\_

## 5 ¿En caso de emergencia, hay alguna persona cercana a usted a quien nos podamos dirigir?

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Num. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 CASA TRABAJO

## 6 De no haber sido aprobado otro convenio, el total de su cuenta debe ser cubierto al recibir el tratamiento.

Gracias por llenar este cuestionario completamente. El mismo ayudara a servirle efectivamente. Nos complacera contestar sus preguntas

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina ésta comprometida a cumplir o a superar las regulaciones de control de infección según ordenadas por OSHA, CDC y el ADA.

Yo certifico que la información de arriba esta completa y exacta. Yo autorizo a mi compañía de seguro(s) a pagar directamente al Dr. Prashant S. Parmar D.D.S los beneficios por el tratamiento dental que se me otorga como está descrito en lo términos de mi póliza. Yo entiendo y estoy de acuerdo que, (aunque tenga o no activo mi seguro), yo soy responsable por el balance de mi cuenta por los servicios profesionales otorgados. Entiendo que un cargo de financiamiento del 1.5% que será agregado a mi balance si hay más de 90 días de retraso. Yo le notificare de cualquier cambio en la información de mi seguro médico dental o de la información aqui proveida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_