

REGISTRO

Fecha: _____

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #SS: _____ M/F

Direccion: _____

Status: S () C () D () V ()

Tutor o Persona Responsable:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #SS: _____

Empleado: _____ Direccion de su trabajo: _____

Esposo(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ #SS: _____

Ocupacion: _____ Direccion de su trabajo: _____

A quien agradecerle por referirlo con nosotros? _____

Poliza de suguro dental:

A quien pertenece la poliza: _____ Relacion: _____

Compania de la aseguradora: _____ #deGrupo: _____

#de Poliza: _____ Tiene segunda poliza? Y/N

Nombre del Subscriptor: _____ Fecha de Nacimeinto: _____ #SS: _____

Relacion: _____ Compania de la aseguradora: _____

Autorizacion Responsiva:

Yo certifico y autorizo al igual que mi (deponente) tiene cobertura con la aseguradora de nombre _____ Y asigno directamente al Dr. Porter II de todos los beneficios de mi Poliza para pago cualquier costo de servicios que el doctor realizo para mi cuidado o a mi dependiente Y entiendo que por alguna razon mi poliza no cubre ciertos tratamientos. Estaran bajo mi responsabilidad pagarlos. Al igual doy mi permiso para proporcionar cualquier informacion a sumisiones de seguros.

Firma / Tutor si es el caso

Fecha

Relacion

Numeros Telefonicos

Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

En cado de **emergencia** contactar: _____ Relacion: _____

Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular1: _____