



Alan Z. Pomeranz
DMD, MMSc*

Emilio I. Argüello
DMD, MMSc*

Marc W. Reissner
DDS

Neil Neugeboren
DDS, MA

Eduardo Marcuschamer
DMD*

*Diplomate, American
Board of Periodontology

Información del Paciente (CONFIDENCIAL)

Fecha _____
SS _____

Nombre _____ Fecha de Nac. ____/____/____ Edad ____ Teléfono De Casa _____
Apellido Nombre Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

____ Soltero (a) ____ Casado (a) ____ Viudo (a) E-mail _____
Podemos contactarlo vía e-mail ____ Sí ____ No

Empleador del Paciente o del Padre del Paciente _____ Ocupación _____
Teléfono del Trabajo _____

A quien podemos dar gracias por referirnos con usted? _____

Quien es su Dentista General? _____ Por cuánto tiempo? _____

Contacto en caso de Emergencia _____ Teléfono _____

Parte Responsable

Nombre de la persona responsable de la cuenta _____ Parentesco _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del trabajo _____

Esta persona es actualmente paciente de nuestra oficina? ____ Si ____ No

Información De Seguro Dental

Nombre de la Aseguradora _____ Grupo # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ C.P. _____

Teléfono _____

Nombre del Asegurado _____ Parentesco _____

Fecha de Nacimiento _____ #SS o #ID _____ Empleado desde _____

Nombre del Patrón _____ Teléfono del Trabajo _____

TIENE ALGUN SEGURO DENTAL ADICIONAL ____ Si ____ No SI CONTESTO QUE SI CONTESTE

LO SIGUIENTE:

Nombre de la Aseguradora _____ Grupo # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ C.P. _____

Teléfono _____

Gracias, Apreciamos su cooperación al proporcionar la documentación necesaria del seguro, ya que permite el proceso para reclamar su seguro. Si la documentación del Seguro está incompleta, los servicios prestados serán cobrados directamente al paciente. A menos que se hagan acuerdos financieros anteriores, las cuentas mayores a 90 días de vencidas pueden ser sujetas a cargos por retraso.

DAR INFORMACION

Por medio de la presente, yo, autorizo a Altura Periodontos a dar información a mi compañía de seguros o los registros de cualquier tratamiento realizado. Autorizo también y solicito que mi seguro directamente pague al nombre del doctor y la cantidad total para el tratamiento o servicios dentales.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios realizados. (Excepto los cubiertos por mi plan de beneficios).

Firma del Paciente (Tutor si es menor) Fecha

