



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

