

¡Bienvenido a SUPER BRACES LLC!

Estamos muy contentos de darle la bienvenida a nuestra oficina. ¡Estamos seguros que tu experiencia en nuestra oficina será fabulosa! Tómese unos minutos para completar este formulario de la forma más completa posible. Si tiene alguna pregunta, nosotros (o el ortodoncista) estaremos encantados de ayudarle.

Información Personal

Nombre del paciente: (Primero) _____ (Segundo nombre) _____ (Apellido) _____

Género: (Masculino o Femenino): _____

A ser llamado: (Nombre/Apodo): _____

Pronombres (Él/Ella): _____

Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA): _____

Seguridad Social #: _____

Padre-Madre/Tutor Legal: _____

Estado de estudiante (No estudiante/Tiempo completo/Tiempo parcial): _____

Estado civil: (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo): _____

Teléfonos (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Móvil): _____

Dirección (Número/Calle): _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de correo electrónico (padre/responsable): _____

Cómo prefiere que le contactemos (teléfono-¿cuál?/mensaje de texto/correo electrónico): _____

Información del Seguro

Seguro Primario

Su relación con el suscriptor (usted mismo/cónyuge/hijo): _____

Nombre del suscriptor: _____ ID del suscriptor# _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Nombre del grupo: _____ Grupo #: _____

Seguro Secundario

Su relación con el suscriptor (usted mismo/cónyuge/hijo): _____

Nombre del suscriptor: _____ ID del suscriptor# _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Nombre del grupo: _____ Grupo #: _____

Autorización

Certifico que estoy cubierto por la(s) compañía(s) de seguro mencionadas anteriormente y asignó todos los beneficios del seguro que de otro modo serían pagaderos a mí. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios prestados y también responsable de pagar cualquier copago y deducible que mi seguro no cubra. Por la presente autorizo al ortodoncista a divulgar toda mi información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

Firma

Fecha (DD/MM/AAAA)