

**Información del paciente:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleado: \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

**Información de la parte financieramente responsable:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Número seguro social \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
¿Tiene cobertura de seguro?      No    Sí

**Información de cobertura de seguro:**

Compañía de seguro dental principal: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamaciones: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
# Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro dental secundaria: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamaciones: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
# Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamaciones: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
# Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_