

# SPECIALISTS IN ORTHODONTICS

## INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: PRIMER: \_\_\_\_\_ SEGUNDO: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEXO: M / F

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

E-MAIL (recordatorio de citas): \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: ( ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON LA PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE S. SOCIAL DE LA PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PARA EL ENVÍO DE LOS ESTADOS DE CUENTA (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

¿HA SIDO ALGÚN FAMILIAR PACIENTE EN ESTA CLÍNICA? SI / NO NOMBRE: \_\_\_\_\_

¿HA UTILIZADO BRACKETS ALGUN FAMILIAR? SI / NO ¿QUIÉN FUE EL ORTODONCISTA? \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

ÚLTIMA VEZ QUE VISITÓ EL CONSULTORIO DE UN DENTISTA: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿A QUIEN AGRADECEMOS POR HABERLO(A) REFERIDO A NUESTRAS CLÍNICAS? NOMBRE: \_\_\_\_\_

¿DE QUE FORMA SE ENTERO DE SPECIALISTS IN ORTHODONTICS?  Nombre del Amigo: \_\_\_\_\_ Dentista General Paciente de SIO Pagina Web/ Internet Plan de Seguros Empleado de SIO Páginas Amarillas Televisión/Radio Correo Directo Su empresa Valla Publicitaria/Aviso

### SI EL PACIENTE ES UN ADULTO:

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

CÓNYUGE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

No. DE TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

No. DE TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

No. DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

No. DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

### SI EL PACIENTE ES UN(A) NIÑO(A):

PADRE/MADRE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

**Si el padre/madre/guardián legal no esta encargado de pagar (Ej: Tío, tía, abuela, abuelo, etc.)**

NOMBRE DEL ENCARGADO DE PAGAR: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

No. DE TELÉFONO DEL TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_

No. DE TELÉFONO DEL TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_

No. DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

No. DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  SOLTERO(A)  CASADO(A)  SEPARADO(A)  DIVORCIADO(A)  VIUDO(A)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### SEGURO ORTODÓNTICO PRIMARIO O PLAN PREPAGADO

ASEGURADO: \_\_\_\_\_

### SEGURO SECUNDARIO

ASEGURADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: ( ) \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

No. DE PÓLIZA/GRUPO: \_\_\_\_\_

No. DE PÓLIZA/GRUPO: \_\_\_\_\_

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y PAGO

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA RECLAMACIÓN Y COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL. AUTORIZO EL PAGO DIRECTO A SPECIALISTS IN ORTHODONTICS DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO COLECTIVO PAGADEROS DE LO CONTRARIO A MÍ.

FIRMA DEL PACIENTE/PERSONA RESPONSABLE

FECHA