

Bienvenido a Nuestra Oficina!

Información del Paciente

Apellido: _____ Fecha: _____
Nombre Segundo Nombre

¿Cómo le gusta que le llamemos? (Nombre preferido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

E-mail : _____

Cómo le gustaría que le confirmemos su cita:

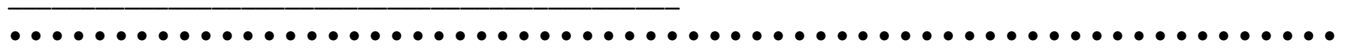
- E-mail
- Teléfono
- No es necesario

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿A quien podemos llamar en caso de emergencia?

Apellido nombre: _____ Teléfono: _____

¿A quién agradecemos por referirlo? (Apellido Nombre):



Hablemos acerca de usted... para entenderle servirle mejor. No nos gusta hacer suposiciones acerca de lo que le gusta o no le gusta.

Por favor marque con una **X** a lo largo de cada línea, indicando cual es su opinión o preferencia.

Me gusta que me presenten pocas opciones	— — — — — — — — — — — —	Me gusta que me presenten muchas opciones
Tiendo en fijarme en tamaño	— — — — — — — — — — — —	Tiendo en fijarme en todo en general
Prefiero soluciones largas u duraderas aun que el costo sea mayor	— — — — — — — — — — — —	Prefiero soluciones temporales y de bajo costo
Mi seguro principalmente determina el grado de mi	— — — — — — — — — — — —	Yo principalmente determino el grado de mi tratamiento

Asegurador primaria o persona responsable del pago

Apellido Nombre: _____
Nombre *Secundo Nombre*

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Número del Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ocupación: _____

Compañía del Aseguramiento: _____

Número teléfono de la Asegurador: _____

Número de Grupo: _____ Número de Id: _____

¿Ha usado su seguro este año? Si No

Esposo y/o Asegurador Secundaria

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Número del Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ocupación: _____

Compañía del aseguramiento: _____

Número Teléfono de la Asegurador: _____

Número de Grupo: _____ Número de Id: _____

Doy fe que la información arriba es correcta y fidelidad y autorizo para que esta oficina pueda proporcionar dicha información a la compañía asegurada, si esta lo solicita. Sin embargo todos los cargos por servicios y costos de tratamiento son mi responsabilidad y me comprometo a pagarlos en su totalidad.

Firma (Firma de padres si es menor) **X** _____ Fecha: _____