

# BIENVENIDOS!

Por favor, tómesese unos minutos para contestar las siguientes preguntas, así podremos ayudarlo mejor con el cuidado dental.



## DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_ No. del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Dirección E-mail \_\_\_\_\_  
Sexo:  M  F  Menor  Soltero/a  Casado/a  Parejas de largo plazo  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a  
Nombre de la Empresa/Patrón \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial \_\_\_\_\_  
Dirección Comercial \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
¿A quién debemos agradecer que nos hayan recomendado? \_\_\_\_\_  
¿Persona a contactar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## SEGURO PRIMARIO

Persona Responsable de la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial  
Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ No. del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Empresa donde Trabaja la persona responsable \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial \_\_\_\_\_  
Dirección Comercial \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Número de abonado \_\_\_\_\_ Número Grupal \_\_\_\_\_

## SEGURO ADICIONAL

Nombre de la Persona Asegurada \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial  
Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo de la Persona Asegurada \_\_\_\_\_ Teléfono Comercial \_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
Número de abonado \_\_\_\_\_ Número Grupal \_\_\_\_\_

POR FAVOR, COMPLETAR EL REVÉS DE ESTA PÁGINA

