

INFORME DENTAL DEL PACIENTE

PACIENTE No.: _____ **CLASE DE SEGURO:** _____

NOS interesa y deseamos escuchar, realmente escuchar, lo que usted está diciendo. Por favor no dude en preguntar sobre cualquier cosa que no entiende. Está usted tratando con miembros de un equipo cuya *principal tarea* es servirle...**PROMETEMOS** que nunca se retirará con la sensación de que a nadie le interesa.

Para poder comenzar el tratamiento, es necesario tener la siguiente información. **POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS DATOS EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE.** Por supuesto toda la información será estrictamente confidencial.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE _____	TELÉFONO PARTICULAR _____
No. SEG. SOCIAL _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
EDAD _____	SEXO _____
ESTADO CIVIL _____	DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____	ESTADO _____
COD. POSTAL _____	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____
EMPLEADOR DEL PACIENTE _____	TELÉFONO DEL TRABAJO _____
NOMBRE DEL CÓNYUGE _____	EMPLEADOR D/CÓNYUGE _____
TEL. DEL TRABAJO _____	PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA _____
TELÉFONO _____	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL
ESCUELA _____	CIUDAD _____
INFORMACIÓN SOBRE LA PARTE RESPONSABLE - Completar en caso de ser diferente de la Información sobre el Paciente	
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____	
Apellido _____	Primer nombre _____
Segundo nombre _____	PARENTESCO CON EL PACIENTE _____
TEL. PARTICULAR _____	TEL. DEL TRABAJO _____
DIRECCIÓN _____	CIUDAD _____
COD. POSTAL _____	No. SEG. SOCIAL _____
LICENCIA DE CONDUCIR _____	EMPLEADOR _____
TAREA QUE REALIZA _____	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____
CIUDAD _____	COD. POSTAL _____
¿HA SIDO UD. O CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA UN PACIENTE ANTES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ EN CASO AFIRMATIVO POR FAVOR COMPLETE	
NOMBRE _____	¿CUÁNDO? _____
SEGURO DENTAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SEGURO DENTAL SECUNDARIO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL ASEGURADO _____	NOMBRE DEL ASEGURADO _____
#S.S. _____	FECHA NAC. _____
FECHA NAC. _____	#S.S. _____
FECHA NAC. _____	FECHA NAC. _____
EMPLEADOR _____	EMPLEADOR _____
CIA. DE SEGUROS O PLAN _____	CIA. DE SEGUROS O PLAN _____
GRUPO O PÓLIZA _____	LOCAL _____
LOCAL _____	GRUPO O PÓLIZA _____
LOCAL _____	LOCAL _____
FECHA DE INICIACIÓN DE EMPLEO: _____	FECHA DE INICIACIÓN DE EMPLEO: _____
¿CÓMO SUPO SOBRE ESTA OFICINA? <input type="checkbox"/> PACIENTE ANTERIOR (NOMBRE) _____	
<input type="checkbox"/> GUÍA TELEFÓNICA <input type="checkbox"/> CARTEL EN EL EDIFICIO <input type="checkbox"/> EMPLEADOR <input type="checkbox"/> PROPAGANDA (Especificar) _____	
<input type="checkbox"/> OTROS (Especificar) _____	
¿POR QUÉ SE ENCUENTRA AQUÍ USTED HOY? _____	
CHEQUEO, DOLOR DE MUELAS, CONSULTA, ETC.	
¿SU PROBLEMA DENTAL ACTUAL ES EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO? _____	

CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo a mi dentista a dar a conocer cualquier información médica/dental a la compañía de seguros que se menciona más arriba para fines administrativos, de evaluación, analizar su utilización y auditoría financiera. La presente autorización permanecerá en efecto desde la fecha de su firma hasta su revocación por escrito.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar a LOMITA TORRANCE DENTAL los beneficios dentales que me hubieran correspondido a mí recibir. En caso de que mi compañía de seguros dental no pague el monto total estimado de los servicios brindados, estoy de acuerdo en que me haré cargo del saldo restante. Entiendo que la suma que me ha sido cotizada por los servicios dentales es solamente un estimado y que puede variar según las limitaciones y política de mi compañía de seguros. También entiendo que cualquier saldo impago en mi cuenta estará sujeto a gastos de facturación.

PACIENTE

FECHA

PARTE RESPONSABLE

FECHA