Mark I. Degen, D.D.S., M.D.
Red Rock Oral and Maxillofacial Surgery Centre

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE:_____NOMBRE PREFERIDO:_____

Apellido Nombre Segundo Nombre

DIRECCION:_____

Calle Apartamento #

_____

Ciudad Estado Codigo Postal

TELEFONO (CASA):_____ (TRABAJO): _____ EXT: _____ (CELL):_____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO:_____

DENTISTA GENERAL:_____TELEFONO:_____

SEGURO SOCIAL #:_____FECHA DE NACIMIENTO:_____CORREO ELECTRONICO:_____

EMPLEO:_____ OCPACION:_____

A QUIEN LE AGRADECEMOS POR SU REFERENCIA?_____

QUIEN ES RESPONSABLE FINANCIERAMENTE POR ESTA CUENTA ?_____

ESTARE PAGANDO HOY CON ☐ EFFECTIVO ☐ CHEQUE ☐ TARJETA DE CREDITO

TIPO DE TARJETA DE CREDITO ☐ VISA ☐ MC ☐ AMEX ☐ CARECREDIT

CARD#_____EXP:_____

INFORMACION DE SEGURO DENTAL

NOMBRE:_____

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO DEL POSEEDOR_____SS O ID#_____GRUPO#_____

DIRECCION_____

CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NOMBRE DE EMPLEO:_____DIRECCION DE EMPLEO:_____

RELACION CON EL PACIENTE:☐ USTED ☐ SPOSO(A) ☐ HIJO(A)☐ OTRO _____

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL : _____ NUMERO DE TELEFONO DE SEGURO DENTAL#_____

INFORMACION DE SEGURO DENTAL SECUNDARIO

NOMBRE:_____

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO DEL POSEEDOR_____SS O ID#_____GRUPO#_____

DIRECCION_____

CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NOMBRE DE EMPLEO:_____DIRECCION DE EMPLEO:_____

RELACION CON EL PACIENTE:☐ USTED ☐ SPOSO(A) ☐ HIJO(A)☐ OTRO _____

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL : _____ NUMERO DE TELEFONO DE SEGURO DENTAL#_____

Comprendo y concuerdo que (a pesar de mi estatus del seguro), soy últimamente responsable del balance de mi cuenta por cualquier servicio profesional rendido. He leído toda la información en esta hoja y he completado las respuestas. Certifico que esta información es verdad y es correcta según mi razon y conosimiento. Yo le notificaré de cualquier cambio en mi estatus o de la información.

_____ _____

Firma O De Padre/Guardian legal del menor Fecha