



Informacion Del Paciente

Expediente # _____ Consultorio Dental _____ Fecha _____

PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 # de Telefono de su casa: () _____
 Dirección de Casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
 # de Seguro Social: _____ # Licencia de Manejar: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: (M) (F)
 Como supo de nosotros? _____
 En caso de emergencia, contacte a: (nombre) _____ (numero de telefono) () _____

PERSONA RESPONSABLE (SI APILICA)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 Dirección de casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____ # de Telefono de su casa () _____
 # de Seguro Social: _____ # Licencia de Manejar: _____
 Empleo: _____
 Ocupación: _____ Por cuanto Tiempo: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
 # de Telefono del trabajo: () _____ Ext. _____
 Asegurado: _____
 # de Poliza: _____ # del Plan: _____

REFERENCIAS DE CREDITO

Nombre de tarjeta de Credito: _____ # de la cuenta: _____
 Nombre del Banco: _____ # de la cuenta: _____

REFERENCIAS PERSONALES

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 # de Telefono de su casa: () _____ Dirección de Casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 # de Telefono de su casa: () _____ Dirección de Casa: _____ Apt # _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zona: _____

Yo estoy conciente que al firmar certifico que toda informacion es completa y correcta. **Diamond Springs Dental**, podra verificar esta informacion por cual origen sea necesario (incluyendo pero no limitandose al reporte de credito) y podremos proveer con otra informacion referente a su credito (o el reporte de su credito) hasta cierto punto permitido por la ley. Esta es su autorizacion para que **Diamond Springs Dental**, verifique su credito.

Firma de Paciente

Firma de Persona Responsable

TO BE COMPLETED BY DIAMOND SPRINGS DENTAL CENTER

COVERAGE: _____ DENTI-CAL: _____ INSURANCE: _____ CASH: _____ PREPAID: _____
 Pre Paid Plan or Insurance Carrier: _____ Plan # or Policy #: _____
 Phone #: () _____ Coverage or Liability Verified by _____
 Employment Verified By: _____ Approved By: _____ Date: _____