

# REGISTRO

Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_ M/F

Direccion: \_\_\_\_\_

Status: S ( ) C ( ) D ( ) V ( )

## Tutor o Persona Responsable:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Direccion de su trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Direccion de su trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A quien agradecerle por referirlo con nosotros?** \_\_\_\_\_

## Poliza de suguro dental:

A quien pertenece la poliza: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Compania de la aseguradora: \_\_\_\_\_ #deGrupo: \_\_\_\_\_

#de Poliza: \_\_\_\_\_ Tiene segunda poliza? Y/N

Nombre del Subscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimeinto: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Compania de la aseguradora: \_\_\_\_\_

## Autorizacion Responsiva:

Yo certifico y autorizo al igual que mi (deponente) tiene cobertura con la aseguradora de nombre \_\_\_\_\_ Y asigno directamente al Dr. Porter II de todos los beneficios de mi Poliza para pago cualquier costo de servicios que el doctor realizo para mi cuidado o a mi dependiente Y entiendo que por alguna razon mi poliza no cubre ciertos tratamientos. Estaran bajo mi responsabilidad pagarlos. Al igual doy mi permiso para proporcionar cualquier informacion a sumisiones de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma / Tutor si es el caso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion

## **Numeros Telefonicos**

Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

En cado de **emergencia** contactar: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular1: \_\_\_\_\_