

Registro del Paciente Oneco Dental Care

ID: _____ ID del Expediente: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Paciente Es: Poseedor del Seguro Nombre Preferido: _____

El partido responsable

Partido Responsable (si es diferente al paciente)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial: _____

Dirección Física: _____ Dirección Secundaria: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Beeper: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ ext: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Lic. de conducir: _____

El partido responsable es también:

El poseedor de seguro para el paciente. El poseedor primario de la póliza de seguro. El poseedor secundario de la póliza de seguro.

Información del paciente

Dirección Primaria: _____ Dirección Secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____ Beeper: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ ext: _____ Celular: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Matrimonial: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____ Lic. de conducir: _____

Correo electrónico: _____ Apreciaría recibir correspondencias vía correo electrónico

Sección #2

Empleo: Tiempo completo Medio tiempo Retirado(a)

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo

ID de Medicad: _____ Dentista preferido: _____

ID de Empleador: _____ Farmacia preferida: _____

ID de Grupo: _____ Hyg. Pref: _____

Sección #3

De Lic. de conducir: _____

Teléfono celular: _____

Nombre de esposo(a): _____

De tarjeta de crédito: _____

Información de seguro primaria

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: Mismo Espos(a) Hijo(a) Otro

Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador: _____ Compañía de Seguro: _____

Dirección Primaria: _____ Dirección Primaria: _____

Dirección Secundaria: _____ Dirección Secundaria: _____

Ciudad, Estado/Código Postal: _____ Ciudad, Estado/Código Postal: _____

Beneficios Restante: _____ .00 Deducible Restante: _____ .00

Información de seguro secundario

Nombre del asegurado: _____ Relación al paciente: Mismo Espos(a) Hijo(a) Otro

Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Empleador: _____ Compañía de Seguro: _____

Dirección Primaria: _____ Dirección Primaria: _____

Dirección Secundaria: _____ Dirección Secundaria: _____

Ciudad, Estado/Código Postal: _____ Ciudad, Estado/Código Postal: _____

Beneficios Restante: _____ .00 Deducible Restante: _____ .00