

# ALAMO MAXILLOFACIAL SURGICAL ASSOCIATES, PA

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

<b>Tratamiento</b>						<b>Nombre</b>						<b>Segundo nombre</b>						<b>Apellido</b>						<b>Sufijo</b>						<b>Nombre/Apodo preferido</b>																													
												Masculino/Femenino																																															
<b>Calle/Apartado postal</b>												<b>Ciudad</b>												<b>Estado</b>												<b>Código postal</b>												<i>(Haga un círculo alrededor)</i>											
<b>Teléfono residencial</b>												<b>Teléfono laboral</b>												<b>Teléfono celular</b>												<b>Fecha de nacimiento</b>												<b>Edad</b>											
																								Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Viudo(a)																																			
<b>Número de Seguridad Social</b>												<b>Número de la licencia de conducir (y estado)</b>												<b>Estado civil (Haga un círculo alrededor)</b>																																			
<b>Médico de familia</b>												<b>Dentista general</b>												<b>¿Quién lo derivó a nuestro consultorio?</b>																																			
<b>Empleador</b>												Tiempo parcial/Tiempo completo/Jubilado												Tiempo parcial/Tiempo completo																																			
												<i>(Haga un círculo alrededor)</i>												<b>Nombre de la institución educativa (si es estudiante)</b>												<i>(Haga un círculo alrededor)</i>																							
<b>Su dirección de correo electrónico (opcional)</b>												<b>Contacto de emergencia</b>												<b>Relación con el paciente</b>												<b>Teléfono</b>																							

## PARTE RESPONSABLE POR LA FACTURACIÓN (presente con el paciente):

<b>Tratamiento</b>						<b>Nombre</b>						<b>Segundo nombre</b>						<b>Apellido</b>						<b>Sufijo</b>						<b>Nombre/Apodo preferido</b>																																									
												Masculino/Femenino																																																											
<b>Calle/Apartado postal</b>												<b>N° de apto.</b>												<b>Ciudad</b>												<b>Estado</b>												<b>Código postal</b>												<i>(Haga un círculo alrededor)</i>											
<b>Teléfono residencial</b>												<b>Teléfono celular</b>												<b>Teléfono laboral</b>												<b>Fecha de nacimiento</b>												<b>Edad</b>																							
																								Soltero(a)/Casado(a)/Divorciado(a)/Viudo(a)																																															
<b>Número de Seguridad Social</b>												<b>Número de la licencia de conducir (y estado)</b>												<b>Estado civil (Haga un círculo alrededor)</b>																																															

### SEGURO MÉDICO PRIMARIO:

Relación con el paciente *(haga un círculo alrededor)*: Soy yo/Cónyuge/Padre o madre

### SEGURO MÉDICO SECUNDARIO:

Relación con el paciente *(haga un círculo alrededor)*: Soy yo/Cónyuge/Padre o madre

<b>Compañía de seguros</b>						<b>Nombre del asegurado</b>						<b>Compañía de seguros</b>						<b>Nombre del asegurado</b>					
<b>Número de identidad del asegurado</b>						<b>Número de grupo del asegurado</b>						<b>Número de identidad del asegurado</b>						<b>Número de grupo del asegurado</b>					
<b>Número de Seguridad Social del asegurado</b>						<b>Fecha de nacimiento del asegurado</b>						<b>Número de Seguridad Social del asegurado</b>						<b>Fecha de nacimiento del asegurado</b>					
<b>Empleador del asegurado</b>						<b>Licencia de conducir del asegurado</b>						<b>Empleador del asegurado</b>						<b>Licencia de conducir del asegurado</b>					

### SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Relación con el paciente *(haga un círculo alrededor)*: Soy yo/Cónyuge/Padre o madre

### SEGURO DENTAL SECUNDARIO:

Relación con el paciente *(haga un círculo alrededor)*: Soy yo/Cónyuge/Padre o madre

<b>Compañía de seguros</b>						<b>Nombre del asegurado</b>						<b>Compañía de seguros</b>						<b>Nombre del asegurado</b>					
<b>Número de identidad del asegurado</b>						<b>Número de grupo del asegurado</b>						<b>Número de identidad del asegurado</b>						<b>Número de grupo del asegurado</b>					
<b>Número de Seguridad Social del asegurado</b>						<b>Fecha de nacimiento del asegurado</b>						<b>Número de Seguridad Social del asegurado</b>						<b>Fecha de nacimiento del asegurado</b>					
<b>Empleador del asegurado</b>						<b>Licencia de conducir del asegurado</b>						<b>Empleador del asegurado</b>						<b>Licencia de conducir del asegurado</b>					

Autorizo que el pago de los beneficios del seguro (incluidos todos los planes comerciales, de Medicare y Medigap) se realicen directamente a Alamo Maxillofacial Surgical Assoc. por cualquier servicio que se me haya prestado. Además, autorizo a Alamo Maxillofacial Associates a proporcionar a mi compañía de seguros mencionada cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios no cubiertos y/o denegados por mi compañía de seguros y, en caso de que mi compañía de seguros no remita el pago dentro de los 60 días a partir de la fecha del servicio, soy responsable del saldo de mi cuenta. Entiendo que se aplicará un cargo por servicio de 5 a 10 dólares por cualquier saldo que resulte en actividades de cobro.

**Firma del paciente (o tutora)**

**Fecha**

**Iniciales del personal de admisión / Fecha**