



5925 CROMO DR. STE. B, EL PASO, TX 79912 P: (915) 283-4730 | F: (915) 283-6210

FORMA DE REGISTRO

Fecha: _____

Información del Paciente			
Apellidos:	Nombre:	Inicial Media:	Fecha de Nacimiento:
Por favor Encierre en un Círculo:	Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a)	Nro. Seguro social:	Numero de Tlf:
Dirección de Envío:	Ciudad:	Calle:	C.P.:
Email:	Empleador:	Tiempo de Empleado:	
Estudiante:		Tiempo Completo:	
Dirección de Facturación:	Ciudad:	Calle:	C.P.:
Información del Responsable			
Apellidos:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	No. de Licencia de Conducir:
Relación con el Paciente:		SS:	
Seguro Dental Primario		Seguro Dental Secundario	
Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento:
Sub ID/SS:		Sub ID/SS:	
Nombre del Seguro:		Nombre del Seguro:	
Dirección del Seguro:		Dirección del Seguro:	
Telé fono del Seguro:		Telé fono del Seguro:	
Nombre/Número del Grupo:		Nombre/Número del Grupo:	
Seguro Médico			
Nombre del Suscriptor:			Fecha de Nacimiento:
Sub ID/SS:			
Nombre del Seguro:			
Dirección del Seguro:			
Telé fono del Seguro:			
Nombre/Número del Grupo:			
La información anterior es verdadera a mi saber. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a [Nombre de la Práctica] o compañía de seguros a proporcionar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.			
Contacto de Emergencia			
Nombre:	Relación con el paciente:	Número de Tel. (Casa):	Número de Tel. (Trabajo):