



**Información para Facturación**

Nombre De Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró usted acerca de Gorge Dental? \_\_\_\_\_

Dentista Anterior, Nombre y Teléfono: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail – Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador y Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN de SEGURO DENTAL PRIMARIO**

Nombre Completo del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono De Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador y el Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono de Seguro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código: \_\_\_\_\_

# De Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene plan de seguro dental secundario? Si es así, por favor indique: \_\_\_\_\_