ORTHODONTICS
in the highlands

3538 West 44th Ave. • Denver CO 80211 • p: 303.433.7500 • f: 303.433.7501 • w: www.orthointhehighlands.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

_____ _____ M or F
Nombre de Paciente Fecha de Nacimiento Sexo

_____ _____ _____ _____ _____
Número de Seguro Social Cuando fue la ultima limpieza? Escuela

Problemas de Salud _____ Quien lo refirió:

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

SU NOMBRE:_____

SU DIRECCION: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ CELLULAR O OTRO NUMERO: _____

¿TIENE ASEGURANZA DENTAL? _____SI _____NO

NOMBRE DE ASEGURANZA: _____ _____
Numero de Medicaid

Appointment Made:
___Yes ___No

___NPC ___NPA

Date: _____

Time: _____

Solo uso de la oficina

INFORMACIÓN DE EMPLEADO Y EMPLEADOR (No es necesario si tiene Medicaid)

EMPLEADO: _____ __ (IGUAL QUE ANTERIOR)

FECHA DE NACIMIENTO:_____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ ____ _____

EMPLEADOR _____ TELEFONO : _____

NUMERO Y CALLE: _____

CUIDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO DE PÓLIZA DE ASEGURANZA/ IDENTIFICACIÓN:_____

NÚMERO DE PÓLIZA DE PACIENTE / IDENTIFICACIÓN: _____

NUMERO DE GRUPO: _____