

# SAN ANTONIO SURGICAL ARTS

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre:  Sr.  Sra. No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial – Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Cd.: \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Empleador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Dentista que refiere: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Médico General: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

¿Quién será la persona responsable de su cuenta?  USTED  SU ESPOSO(A)  PADRE  MADRE  OTRA PERSONA: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Cd.: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Teléfono Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ext.: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO DENTAL PRINCIPAL

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Cia. de Seguros  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Parentesco con Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ID o No. de Seg. Social: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Cia. de Seguros  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Parentesco con Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ID o No. de Seg. Social: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Cia. de Seguros  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Parentesco con Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ID o No. de Seg. Social: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Cia. de Seguros  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Parentesco con Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ID o No. de Seg. Social: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_