



# MARANATHA

DENTAL PRACTICE

Hernando Suarez D.D.S.

## Informacion Del Paciente

Expediente # \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 # de Telefono de su casa: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_  
 # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ # Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
 Como supo de nosotros? \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia, contacte a: (nombre) \_\_\_\_\_ (numero de telefono) ( ) \_\_\_\_\_

### PERSONA RESPONSABLE (SI APILICA)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ # de Telefono de su casa ( ) \_\_\_\_\_  
 # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ # Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_  
 Empleo: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Por cuanto Tiempo: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_  
 # de Telefono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  
 Asegurado: \_\_\_\_\_  
 # de Poliza: \_\_\_\_\_ # del Plan: \_\_\_\_\_

### REFERENCIAS DE CREDITO

Nombre de tarjeta de Credito: \_\_\_\_\_ # de la cuenta: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ # de la cuenta: \_\_\_\_\_

### REFERENCIAS PERSONALES

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 # de Telefono de su casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 # de Telefono de su casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Yo estoy conciente que al firmar certifico que toda informacion es completa y correcta. **Suarez, D.D.S.** podra verificar esta informacion por cual origen sea necesario (incluyendo pero no limitandose al reporte de credito) y podremos proveer con otra informacion referente a su credito (o el reporte de su credito) hasta cierto punto permitido por la ley. Esta es su autorizacion para que **Suarez, D.D.S.** Verifique su credito.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de Persona Responsable

Esta parte la Completara **Suarez, D.D.S.**

COVERAGE: \_\_\_\_\_ DENTI-CAL: \_\_\_\_\_ INSURANCE: \_\_\_\_\_ CASH: \_\_\_\_\_ PREPAID: \_\_\_\_\_

Pre Paid Plan or Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Plan # or Policy #: \_\_\_\_\_

Phone #: ( ) \_\_\_\_\_ Coverage or Liability Verified by \_\_\_\_\_

Employment Verified By: \_\_\_\_\_ Approved By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_