

# GUYMON ORTHODONTICS

## Información del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Masculino / Femenino \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ #Seguro Social \_\_\_\_\_  
Si el paciente es menor, acompañado por padres/guardian \_\_\_\_\_  
A quién agradecemos por su visita? \_\_\_\_\_  
Escuela/Grado \_\_\_\_\_  
Pasa tiempo Favorito \_\_\_\_\_  
Hermanos/niños/o Amigos que son pacientes nuestros \_\_\_\_\_

## Información de la Persona Responsable

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo en ésta dirección? \_\_\_\_\_ Tele.de Hogar \_\_\_\_\_ Tele.de Trabajo \_\_\_\_\_  
Dirección anterior (si menos de 3 años) \_\_\_\_\_  
# del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
Nombre de Esposo/sa \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_  
Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ # de años trabajando \_\_\_\_\_  
# del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nacimiento \_\_\_\_\_ Tele. de Trabajo \_\_\_\_\_  
Hay alguien más que sería responsable por el pago de este tratamiento? \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_  
Tel. de Hogar \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo \_\_\_\_\_  
Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN#; \_\_\_\_\_

## Información Seguro Ortodóntico

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ #Seguro Social del Asegurado \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ # del Grupo \_\_\_\_\_ # de Tele. del Seguro \_\_\_\_\_  
Dirección del Seguro \_\_\_\_\_  
Empleo del Asegurado \_\_\_\_\_ Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_  
Tiene Doble Cobertura? Sí / No?  
Nombre de la Persona Asegurada \_\_\_\_\_ #de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Nombre de la Co. de Seguro \_\_\_\_\_ # del Grupo \_\_\_\_\_ # de Telé. \_\_\_\_\_  
Dirección del la Co. de Seguro \_\_\_\_\_  
Empleo del Asegurado \_\_\_\_\_ Nacimiento del Asegurado \_\_\_\_\_