

Insurance Form



The Dental District

Nombre del Doctor _____ Correo Electrónico _____
(Doctor's name) (Email)

We are pleased to have you in our practice
Nos da mucho gusto recibirlo en nuestra clínica

Please take a few minutes to fill out this form, if you have questions we'll be happy to help you and look forward to working with you to maintain your dental health

Por favor tomese unos minutos para llenar esta forma, si tiene alguna pregunta, estamos a sus ordenes para ayudarle y junto con usted trabajar en mantener su salud dental

Nombre del Títular de la Póliza (Policy Holder Name) _____

Dirección (Address) _____

Teléfono (Telephone) _____ Celular (Cellphone) _____

Fecha de Nacimiento (Date of Birth) (MM/DD/YR) _____

Número de Identificación (Ins. ID#) _____ Grp. Name _____ Grp# _____ S.S.# _____

Nombre del Paciente (Patients Name) _____

Parentesco (Relation to the subscriber) _____ Fecha de Nac. (D.O.B) _____

Dirección si es diferente (Address if different) _____

Cia de Seguros (Insurance Company) _____

Dirección (Address) _____

Teléfono (Telephone) _____

Empleador (Employer) _____

Dirección (Address) _____

Teléfono (Telephone) _____

Para servirle con los tiempos ofrecidos en nuestros servicios, es necesario que todos los campos estén debidamente completos y además agradecemos nos envíe la copia de la tarjeta de seguro.

Please send the copy of the Insurance Card to appropriately verify the eligibility and benefits of your patient.