



INFORMACIÓN DE SEGUROS PARA EL LUGAR DE ORCHARD PLACE

PARA LA PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS

Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros primaria: _____
Dirección para reclamaciones al seguro: _____
Número de teléfono de la compañía de seguros: _____
Nombre del asegurado: _____
Dirección del asegurado: _____
Número de tel. de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Género: Femenino Masculino Relación al paciente: _____
Empleador del asegurado o el nombre de escuela: _____
ID # del asegurado o SSN # (incluir letras de prefijo si aplica) _____
Nombre y número de grupo: _____ Plan: _____

INFORMACIÓN DE SEGUNDO SEGURO

Nombre de segunda compañía de seguros _____
Dirección para reclamaciones al seguro: _____
Número de teléfono de la compañía de seguros: _____
Nombre del asegurado: _____
Dirección del asegurado: _____
Numero de tel. de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Género: Femenino Masculino Relación al paciente: _____
Empleador del asegurado o el nombre de escuela: _____
ID # del asegurado o SSN # (incluir letras de prefijo si aplica) _____
Nombre y número de grupo: _____ Plan: _____

INFORMACIÓN DE TERCER SEGURO

Nombre de segunda compañía de seguros _____
Dirección para reclamaciones al seguro _____
Número de teléfono de la compañía de seguros: _____
Nombre del asegurado: _____
Numero de tel. de asegurado: _____
Número de tel. de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Género: Femenino Masculino Relación al paciente: _____
Empleador del asegurado o el nombre de escuela: _____
ID # del asegurado o SSN # (incluir letras de prefijo si aplica) _____
Nombre y número de grupo: _____ Plan: _____

SÓLO PARA CLIENTES DE CAMPUS

Nombre de seguro Dental _____

Por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro para nuestros registros.