



# Victoria Lynskey

ORTHODONTIST D.M.D., M.D.S.

## Tarjeta de recononcimiento orthodontico infantil (use letra de molde)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Sobre nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Nómbre de el madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Empleada por \_\_\_\_\_ # años \_\_\_\_\_ tel. del trabajo \_\_\_\_\_  
Nómbre de el padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Empleado por \_\_\_\_\_ # años \_\_\_\_\_ tel. del trabajo \_\_\_\_\_  
Persona responsable por el pago \_\_\_\_\_ No - del seguro social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Dentista del paciente \_\_\_\_\_

Por que esta buscando ser tratado por un orthodontólogo? \_\_\_\_\_

Quién lo recomendo? \_\_\_\_\_

Hasido examinado por un orthodontólogo antes?  Sí  NO  
El paciente esta interesado en un tratamiento orthodontico?  Sí  NO  
Familiares o amigos tratados aquí?  Sí  NO Quién? \_\_\_\_\_  
Algun miembro de la familia que ha estado bajo  
tratamiento orthodontico?  Sí  NO Quién? \_\_\_\_\_  
Su aseguransa cubre orthodonsis?  Sí  NO

### INFORMACION DE LA ASEGURADORA

La póliza de aseguransa dental es un contrato entre el asegurado y la compañía de seguros. Nuestros servicios profesionales son mañdados y cobrados directamente, a la cuenta del paciente y el paciente o la persona responsable de la cuenta. Que es responsable por el pago de los costos de los servicios adquiridos. Por su conveniencia, nosotros con gusto presentaremos los reclamos relacionados con cualquier costo ala aseguransa por los servicios dados en nuestra oficina.

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Num. del seguro social \_\_\_\_\_

Apellido Nombre (s)

Aseguransa \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Sindicato Local No. \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora \_\_\_\_\_ Tel. de la aseguradora \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

Usted tiene dole cobertura?  Sí  NO sí: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Num. del seguro social \_\_\_\_\_

Apellido Nombre (s)

Aseguransa \_\_\_\_\_ Grupo Num. \_\_\_\_\_ Sindicato Local Num. \_\_\_\_\_

Dirección de la aseguradora \_\_\_\_\_ Tel. de la aseguradora \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

Usted tiene dobe cobertura?  Sí  NO sí: \_\_\_\_\_

