

# Información de la Cuenta

## PERSONAS RESPONSABLES

Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección física: \_\_\_\_\_  
Dirección de envío: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de su hogar: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_  
  
Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de Seguro Dental: \_\_\_\_\_  
Numero Identifico de su Seguro Dental: \_\_\_\_\_

## ESPOSO(A)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Numero De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
  
Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de Seguro Dental: \_\_\_\_\_  
Numero Identifico de su Seguro Dental: \_\_\_\_\_

Por favor enlistar a los miembros autorizados para usar esta cuenta.

Nombre: _____	FDN: _____	SS#: _____
Nombre: _____	FDN: _____	SS#: _____
Nombre: _____	FDN: _____	SS#: _____
Nombre: _____	FDN: _____	SS#: _____

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_  
¿A quien le agradecemos por recomendarnos? \_\_\_\_\_

*Yo autorizo que se de toda información dental a mi compañía de seguros y que todos los pagos se manden directamente al dentista.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_