



## Grayslake Orthodontics, PC

David R. Hertzberg, D.D.S., M.S.  
160 Commerce Drive, Suite 101  
Grayslake, IL 60030  
(847)548-4330 / Fax (847)548-4335

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hombre/Mujer  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Apodo: \_\_\_\_\_ Que Edad: \_\_\_\_\_ Compañía de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Estado Marital: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo  
Si el Paciente es un Menor:  
Grado: \_\_\_\_\_ Hermanos/nas: \_\_\_\_\_ Mascotas: \_\_\_\_\_  
Ultima Visita Dental: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Intereses Especiales: \_\_\_\_\_

¿A quien podemos agradecer por referirlos a nosotros? \_\_\_\_\_

### Información de la Cuenta

Partido Responsable: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_ Titulo de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Esposo(a): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_ Titulo de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Dr. Hertzberg puede usar nuestras fotos y/o radiografías para demostración. Yo entiendo que nuestros nombres y otra información privada sera protegida a todo momento.**

**Ver al reverso →**

# Información del Seguro

Nuestra oficina puede cobrar directamente al seguro. Por favor llene la siguiente información y autorización

No tenemos seguro.

Tenemos doble aseguranza dental. La información siguiente es: **Primaria / Secundaria** (Circule uno - Necesitaremos una forma completada para la otra aseguranza)

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Numero de ID: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Titulo de trabajo: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Grupo ó # del Plan: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de la Unión: \_\_\_\_\_ Local #: \_\_\_\_\_

Yo, al firmar aquí, autorizo tratamiento dental de la oficina Grayslake Orthodontics y prometo mantenerlos informados de cambios en la salud. Autorizo a Grayslake Orthodontics a cobrar a mi seguro dental y asumo responsabilidad de todas las cuentas. Ya que el plan de seguro y no entre el seguro y el dentista.

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

## For Office Use Only:

Date

Verified: \_\_\_\_\_

Ins Contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Eff Date: \_\_\_\_\_ Calendar Yr?: Y/N \_\_\_\_\_

Is deductible combined with Basic, Major, & Ortho \_\_\_\_\_ has it been met for this year? \_\_\_\_\_

Orthodontic Coverage: \_\_\_\_\_ % Deductible: \$ \_\_\_\_\_ Applies? Y / N Age Limits: \_\_\_\_\_ Space Maint: \_\_\_\_\_ %

Is turn around form (BCBS) or pre-determination letter sent to verify ongoing treatment? \_\_\_\_\_ Age

Limit \_\_\_\_\_ Ded \_\_\_\_\_

Ortho Pymt Schedule?: \_\_\_\_\_ % at Banding: \_\_\_\_\_ % LT Max: \_\_\_\_\_ Used: \_\_\_\_\_ Dental Yrly Max: \_\_\_\_\_

Metlife-Do related procedures apply?(circle) yes or no Delta (circle) Preferred or Premier

PPO Provider?: Y / N Resubmit Required? Y / N (Monthly / Quarterly) Verified Address?: Y / N

