



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

www.GrayslakeOrtho.com

Nombre _____ Nombre Preferido _____ Hombre/Mujer _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono _____ Hermanos/nas _____

¿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 _____

Estado Marital: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

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 _____

Estado Marital: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo

Ver al reverso →

Información del Seguro

Como una cortesía a nuestra oficina puede presentar reclamos de seguro en su nombre. Por favor, rellene este formulario de consentimiento completo.

- NO tengo seguro dental. Por favor firme abajo para los propósitos de consentimiento.
- Tengo una póliza de seguro dental que es la información que aparece a continuación.
- Tengo doble seguro dental. Es de la siguiente información: primaria / secundaria (círculo uno)
Otra forma tendrá que ser completado para el otro seguro.

Nombre del Afiliado Principal _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

SSN _____ - _____ - _____ Número de ID _____ Relación con el Paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Email _____

Nombre del Empleador _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección del Trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Título de trabajo _____

Compañía de Seguro _____ Teléfono _____

Grupo ó # del Plan _____ Nombre de la Unión _____ Local # _____

Yo, el abajo firmante (paciente o partido del responsable), autorizo tratamientos dentales a ser brindados por Grayslake Orthodontics y mantenerlos informados si se producen cambios en la salud o otra información que aquí he facilitada. Yo autorizo Grayslake Orthodontics para presentar reclamaciones de seguro a mi nombre, si procede y asumir la responsabilidad financiera por el costo total del cargo, como el plan de seguro es un contrato entre yo y mi compañía de seguros (no entre Grayslake Orthodontics y mi compañía de seguros).

Firma _____ Fecha _____

Para uso de oficina solamente

Date Verified _____

Contact _____ Phone _____ Eff Date _____ Waiting Period _____

Ortho Coverage _____ % Deductible \$ _____ /yr or one time Family Ded \$ _____ Met? Y / N

Is deductible combined with Basic, Major, & Ortho? Y / N Has it been met for this year? Y / N

Age Limits _____ Banding _____ % LT Max \$ _____ Used \$ _____ Remaining \$ _____

Ortho Pymt Schedule? Auto/ Not Auto (Monthly/ Quarterly/ Semi Annual/ Annual/ One Time) Resubmit Required? Y / N OR

Is there a form such as a voucher or pre-determination letter sent to verify ongoing treatment? Y / N

Metlife-Do related procedures apply? Y / N Delta (circle) Preferred or Premier

Dental Yrly Max _____ Calendar Yr? Y/N _____ Space Maint _____ % Age Limit _____ Ded _____ Met? Y/N

Claims Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Group# _____