

# Port Arthur Smiles

[www.PortArthurSmiles.com](http://www.PortArthurSmiles.com)

Licencia de Conducir#: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino

Estatus de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Trabajo de Cuenta Propia  
 Retirado  Desempleado

Estatus Estudiantil:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

## Información de la Aseguración Primaria :

Relación con el Asegurado:  Yo mismo(a)  Esposo(a)  Hijo(a)  Otro

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Miembro: \_\_\_\_\_

Seguro Social/TIN del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de la Aseguración: \_\_\_\_\_

Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Telefono de la Aseguración: \_\_\_\_\_

## Información de Medicaid/CHIP:

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

Numero de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Medico Primario: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

# Port Arthur Smiles

[www.PortArthurSmiles.com](http://www.PortArthurSmiles.com)

Paciente es :  *Persona Responsable*     *Dueño de la Póliza*

## Información del Paciente:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Movil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social/TIN: \_\_\_\_\_

Licencia de Conducir#: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino

Estatus de Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Trabajo de Cuenta Propia  
 Retirado  Desempleado

Estatus Estudiantil:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial

## Persona Responsable (si alguien mas que el paciente):

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Movil: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social/TIN: \_\_\_\_\_