

**4. Información del Seguro** (*Insurance Information*)

• **Seguro Primario**

¿Cobertura de Orthodontia?     Sí (*yes*)     No

Nombre del Seguro (*Insurance Co. Name*): \_\_\_\_\_

Dirección de Seguro (*Insurance Address*): \_\_\_\_\_

Ciudad (*City*): \_\_\_\_\_ Estado (*State*): \_\_\_\_\_ C.P. (*zip*): \_\_\_\_\_

Teléfono de Seguro (*Insurance phone #*) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de ID (*ID #*): \_\_\_\_\_ Grupo No. (*Group #*) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado (*Policy Holder Name*): \_\_\_\_\_ Relación (*Relation*): \_\_\_\_\_

Empleador (*Employer*): \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo (*Wk #*): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (*Birthdate*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

• **Seguro Secundario** (*Secondary Insurance*)

¿Cobertura de Orthodontia?     Sí (*yes*)     No

Nombre del Seguro (*Insurance Co. Name*): \_\_\_\_\_

Dirección de Seguro (*Insurance Address*): \_\_\_\_\_

Ciudad (*City*): \_\_\_\_\_ Estado (*State*): \_\_\_\_\_ C.P. (*zip*): \_\_\_\_\_

Teléfono de Seguro (*Insurance phone #*) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de ID (*ID #*): \_\_\_\_\_ Grupo No. (*Group #*) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado (*Policy Holder Name*): \_\_\_\_\_ Relación (*Relation*): \_\_\_\_\_

Empleador (*Employer*): \_\_\_\_\_ Tel. de Trabajo (*Wk #*): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (*Birthdate*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia, ¿hay alguien que vive cerca de usted que debemos contactar?**

*(In the event of an emergency, is there someone who lives near you that we should contact?)*

Su Nombre (*His/Her Name*): \_\_\_\_\_ Relación (*relation*): \_\_\_\_\_

Teléfono (*phone #*) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de Celular (*Cell Phone #*) \_\_\_\_\_