



**Insurance Information *Información de la Aseguración***

**Primary Dental Insurance *Aseguración Dental Primaria***

Name of Insured: _____ <i>Nombre del Asegurado</i>			
_____ Last Apellido	_____ First Nombre	_____ MI Inicial	
Insured's Birth Date: ____/____/____ SS # : ____ - ____ - ____ ID #: _____ <i>Fecha de Nac del Asegurado</i> <i>Número Seguro Social</i> <i>Identificación #</i>			
Insured's Employer Name: _____ <i>Nombre del Empleador del Asegurado</i>			Group #: _____ <i>Grupo #</i>
Address Dirección: _____			
_____ Number Número	_____ City Ciudad	_____ State Estado	_____ Zip Code Código Postal
Patient's Relationship to insured: _____ Self _____ Spouse _____ Child _____ Other _____ <i>Relación del Paciente con el Asegurado</i> <i>Yo mismo(a)</i> <i>(Esposa(o))</i> <i>Hijo (a)</i> <i>Otro</i>			
Insurance Plan Name: _____ <i>Nombre del Plan de la Aseguración</i>			
Insurance Address: _____			
_____ Dirección de la Aseguración	_____ Number Número	_____ City Ciudad	_____ State Estado _____ Zip Code Código Postal

\*If you are double insured, please fill out the Secondary Dental Insurance Section.\*  
*Si hay una segunda aseguración, llene lo de abajo*

**Secondary Dental Insurance *Aseguración Dental Secundaria***

Name of Insured: _____ <i>Nombre del Asegurado</i>			
_____ Last Apellido	_____ First Nombre	_____ MI Inicial	
Insured's Birth Date: ____/____/____ SS # : ____ - ____ - ____ ID #: _____ <i>Fecha de Nac del Asegurado</i> <i>Número Seguro Social</i> <i>Identificación #</i>			
Insured's Employer Name: _____ <i>Nombre del Empleador del Asegurado</i>			Group #: _____ <i>Grupo #</i>
Address Dirección: _____			
_____ Number Número	_____ City Ciudad	_____ State Estado	_____ Zip Code Código Postal
Patient's Relationship to insured: _____ Self _____ Spouse _____ Child _____ Other _____ <i>Relación del Paciente con el Asegurado</i> <i>Yo mismo(a)</i> <i>(Esposa(o))</i> <i>Hijo (a)</i> <i>Otro</i>			
Insurance Plan Name: _____ <i>Nombre del Plan de la Aseguración</i>			
Insurance Address: _____			
_____ Dirección de la Aseguración	_____ Number Número	_____ City Ciudad	_____ State Estado _____ Zip Code Código Postal

Patients with dental insurance understand that all dental services are charged directly to the patient and that he or she is personally responsible for payment of all dental services. This office will help prepare the patient's insurance forms or assist on making collections from insurance companies and will credit any collections to the patient's account. However, this dental office cannot render services on the assumption that our charges will be paid by an insurance company, AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS FOR SERVICES DESCRIBED HEREWITH. I hereby authorize payment directly to Greenfield & Salinas Dental Group / Dr. Ernesto Mireles, DDS, of the benefits otherwise payable to me, I understand I am financially responsible for the charges not covered by insurance payment.

*Los pacientes con aseguración dental entienden que los servicios dentales son cobrados directamente al paciente y que el o ella son personalmente responsables por pagos de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar las formas de aseguración del paciente o asistirá en hacer colecciones de las compañías de aseguración y acreditará cualquier colección a la cuenta del paciente. Sin embargo, esta oficina dental no puede brindar servicios asumiendo que nuestros cobros serán pagados por una compañía de aseguración, AUTORIZACION PARA PAGAR BENEFICIOS POR LOS SERVICIOS DESCRITOS AQUÍ. Yo autorizo el pago directamente a Greenfield & Salinas Dental Group / Dr. Ernesto Mireles, DDS, de los beneficios que hubiesen sido pagados a mí, entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos por el pago de la aseguración.*

Signature of patient, parent, or guardian (responsible party):  
*Firma del paciente, padre, o tutor (persona responsable):*

Signature: \_\_\_\_\_  
*Firma*

Date: \_\_\_\_\_  
*Fecha*