



## Great Lakes Dental Solutions

1418 South Milwaukee Ave, Suite 4, Libertyville, IL – 60048

TEL: (847) 984 2548; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

### Patient Registration form / Formulario de Registro del Paciente

Patient Name / Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Insured's Name and Date of Birth / Nombre del Asegurado y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Age / Edad: \_\_\_\_\_ Sex / Sexo:  M /  F

Status / Estado civil:  Single / Soltero(a)  Married / Casado(a)

Divorced / Divorciado(a)  Widow / Viuda(o)

If Minor, Name of Parent / Legal Guardian / Si es Menor, Nombre del Padre/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient / Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Employer Name and Phone # / Nombre del Empleador y Teléfono: \_\_\_\_\_

Home Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Name of Insurance Company & Phone # / Nombre de la Compañía de Seguros y de Tel: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_

State and Zip Code / Estado y Código postal: \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Member ID # or SSN / # De Miembro o SSN: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Secondary Insurance / Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Person Responsible For This Account / Persona responsable de esta Cuenta: \_\_\_\_\_

Referred By / Referido por: \_\_\_\_\_

Name and Tel # of Emergency Contact Person / En caso de Emergencia nombre y # de teléfono: \_\_\_\_\_

Preferred Method of Contact / Método de contacto preferido:

Phone  Text  Email  Voicemail /

Teléfono  Texto  Email  Correo de voz

Pharmacy Tel # / Farmacia Tel #: ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**I hereby certify that the above information is true. I understand that my insurance benefit plan will cover some of the cost of treatment and that I will be responsible for any deductibles, co-pays and balances on the account.**

**Por la presente certifico que la información anterior es verdadera . Entiendo que mi plan de beneficios de seguro cubrirá parte del costo del tratamiento y que yo seré responsable de los deducibles, co -pagos y saldos de la cuenta.**

**Sign Patient / Legal Guardian / Firma Nombre del Paciente / Legal Tutor:** \_\_\_\_\_

**Today's date / Fecha de hoy:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_