



Great Lakes Dental Solutions

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

TEL: (847) 984 2548; TEXT: (224) 548 5567; 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 # / # De Miembro: _____

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: ____ / ____ / ____

Please download and save form, fill and Email it to info@greatlakesdental.net / Descargue y guarde el formulario, complételo y envíelo por correo electrónico a info@greatlakesdental.net