

Nombre del paciente _____

fecha de nacimiento _____

Si Niño; Nombre de los padres _____

¿Cómo desea ser atendido? _____

soltero casado separado divorciado viudo menor

residencia; calle _____

Código postal _____

Dirección de Negocios _____

Teléfono _____

Fax _____ Celular # _____

correo electrónico _____

Paciente / Padre empleado por _____

Posición actual _____

Cuanto tiempo se mantuvo _____

Nombre del cónyuge / padre _____

Cónyuge empleado por _____

Posición actual _____

Cuanto tiempo se mantuvo _____

Quién es responsable de esta cuenta _____

Número de carnet de conducir _____

Forma de pago _____

Propósito de la llamada _____

Otros miembros de la familia en esta práctica _____

¿A quién le podemos agradecer por esta referencia? _____

Número de seguro social del paciente / padre _____

Número de seguro social del cónyuge / padre _____

Alguien para notificar en caso de emergencia que no vive con usted _____

Seguro dental 1ra cobertura

Nombre del empleado _____ fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Anos _____

nombre del seguro _____

programa o número de póliza _____

teléfono _____

Número de seguridad social _____

unión local o grupo _____

Seguro dental segunda cobertura

Nombre del empleado _____ fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Anos _____

nombre del seguro _____

programa o número de póliza _____

teléfono _____

Número de seguridad social _____

unión local o grupo _____

Consentimiento

Doy mi consentimiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por el dentista necesarios para el cuidado dental adecuado.

Doy mi consentimiento para que el dentista use y divulgue mis registros (o los registros de mi hijo) para llevar a cabo el tratamiento, para obtener el pago y para las actividades y operaciones de atención médica relacionadas con el tratamiento o el pago

Doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros (o los registros de mi hijo) a las siguientes personas que están involucradas en mi cuidado (o el cuidado de mi hijo) o el pago por ese cuidado

Mi consentimiento para la divulgación de registros será efectivo hasta que lo revoque por escrito.

Autorizo el pago directamente al dentista o al grupo dental de beneficios de seguro que de otra manera se me pagarían.

Entiendo que mi compañía de seguros de atención dental o el pagador de mis beneficios dentales puede pagar menos de la factura real por los servicios, y soy financieramente responsable del pago completo de todas las cuentas.

Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos anteriores en sentido contrario y acepto ser responsable del pago de los servicios no pagados por mi pagador de atención dental.

Doy fe de la exactitud de la información en esta página

Firma del paciente o gaurdians; _____

Fecha _____

