

bienvenido

número de paciente Fecha

Información del Paciente

Nombre

Edad Fecha de nacimiento Masc. Fem.

Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Menor

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Núm. de teléfono casa: celular:

El correo electrónico

Número de seguro social

Número de licencia de conducir

Lugar de trabajo

La posición

Dirección del trabajo

Ciudad Estado Código postal

Teléfono del trabajo

Cónyuge, Padre o La Información del Guardián

Relación: Cónyuge Padre Guardián

Nombre

Número de seguro social

Lugar de trabajo Años

La posición

Dirección del trabajo

Ciudad Estado Código postal

Teléfono del trabajo

Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia

Teléfono Relación

Otra Información

Derivación? Sí No Si sí, quién?

Motivo del viaje

Divulgación de Información

Acepto la divulgación de mis registros (o los de mi hijo) a las personas siguientes que participan en mi atención (o la de mi hijo) o el pago por dicha atención.

Nombre Relación

Nombre Relación

Seguro Dental - Primera Cobertura

Información Mismo Como: Paciente Cónyuge Padre Guardián

Nombre del empleado Fecha de nacimiento

Relación con el paciente

Nombre del empleador Años

Nombre de la compañía de seguros

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono

Número de póliza Número de grupo

Seguro Dental - Segunda Cobertura

Información Mismo Como: Paciente Cónyuge Padre Guardián

Nombre del empleado Fecha de nacimiento

Relación con el paciente

Nombre del empleador Años

Nombre de la compañía de seguros

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono

Número de póliza Número de grupo

Consentimiento:

Consiento a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento efectuados por el dentista y que sean necesarios para la atención dental correcta.

Acepto el uso y la divulgación de mis registros (o los registros de mi hijo) al dentista para efectuar tratamiento, obtener pago y para las actividades y operaciones de atención médica que se relacionen con el tratamiento o el pago.

Me consentimiento a la divulgación de registros estará en vigencia hasta que lo revoque por escrito.

Autorizo el pago directo al dentista o el grupo dental de seguro pagaderos de otra manera a mí. Entiendo que mi aseguradora de atención dental o pagador de beneficios dentales puede pagar menos que la factura real por servicios, y que soy responsable económicamente por el pago total de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todo acuerdo previo en contrario y acepto la responsabilidad de pago por servicios no pagados por mi pagador de atención dental.

Certifico la veracidad de la información de esta página.

Firma Fecha

Nombre de la letra