

INFORMACIÓN DEL PACIENTE I

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zip: _____

Teléfono De Casa: _____ Celular# _____ Trabajo# _____

Email: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Cómo ha encontrado nuestra oficina? Amigo / familiar (por favor, escriba el nombre
_____) Muestra de calle de Internet Radio Facebook recibido algo
en el correo lista de los proveedores de seguros Información de trabajo

(si el paciente es un niño o menor información, los padres ponen en esta sección)

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del trabajo: _____ Ciudad/Estado/Zip _____

La persona responsable (normalmente usted mismo, si usted es un adulto. Para los niños, haga una lista de los padres o un adulto responsable del niño)

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____ SS# _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Zip _____

Teléfono de la casa: _____ Celular#: _____ Trabajo#: _____

Información sobre Seguros

El nombre del Asegurado :: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Soc. Sec. # _____ Relación con el paciente: _____

Empleador que el seguro es a través de: _____

Compañía de Seguros: _____ Miembro ID #: _____

Grupo #: _____

Autorización, Release, y Acuerdo de Pago por Servicios Prestados Yo autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí durante el período de cuidado dental como para los terceros pagadores y / o profesionales de la salud.

Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o el consultorio dental, el seguro beneficia de otro modo pagadero a mí.

Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la factura real de los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en nombre de mis dependientes.

X _____