

Información y registro del paciente

(Patient Registration in Spanish)

Nombre _____

Apellido _____ Casado | Divorciado | Viudo | Soltero

Sobrenombre | Apodo _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Seguridad Social ____ - ____ - _____

DIRECCIÓN _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono celular _____

correo electrónico _____

Empleador _____

* ¿Referido? _____ (¿A quién podemos agradecer por recomendarle nuestra oficina?)

Contacto de emergencia del paciente

Nombre del contacto _____

Relación _____

Telefono _____

Parte responsable del paciente *Si alguien que no sea el paciente

Nombre _____

Relación con el paciente _____

Celular _____

Tenga en cuenta: Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer los términos de su póliza, es decir, limitaciones de frecuencia, deducibles, etc. e informar a nuestra oficina sobre cualquier cambio en su seguro dental. Presentamos reclamos como cortesía y aceptaremos la asignación de beneficios cuando sea posible, pero usted será responsable de todos los cargos independientemente de la cobertura del seguro. Por favor pregunta si tienes alguna pregunta.

Seguro dental del paciente (primario)

Nombre del titular de la póliza _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Número de suscriptor o ID # _____

Grupo# _____

Empleador _____

Telefono _____

Seguro Dental del Paciente Secundario)

Nombre del titular de la póliza _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

Número de suscriptor o ID # _____

Grupo# _____

empleador _____

telefono _____

Por la presente autorizo el pago directamente a Plage Dentistry de cualquier beneficio que de otro modo me correspondería en virtud de mi plan de seguro dental.

Entiendo que soy responsable de todos los honorarios por los servicios profesionales prestados a mí o a mis dependientes. Por la presente autorizo a Plage Dnetistry.

Que administre cualquier medicamento y realizar cualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico que sea necesario para mi atención dental.

cuidado. No responsabilizaré a Plage Dentistry ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido en al

completar este formulario y el formulario de historial médico. La información en esta página y el historial médico están actualizadoscorrectamente a mi sabor y entender.

Firma _____ Fecha _____

(El paciente o tutor debe firmar si solicita un menor)

****Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas si necesita reprogramar una cita.****