

INFORMACION DEL PACIENTE NUEVO

RECORD _____

A. PACIENTE:

Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: F M
 Direccion: _____ Apt# _____ Ciudad _____Codigo Postal _____
 Fecha De Nacimiento ___/___/___ Seguro Social _____ Licencia _____
 Tel: Casa: () _____ - _____ Trabajo:() _____ - _____ Celular() _____ - _____
 Empleado Por _____ Direccion _____
 Ciudad _____Codigo Postal _____ Estado _____
 Ocupacion _____ Cuanto Tiempo Trabajando _____
 Numero De Anos En La Direccion Actual: _____ Dueño/Renta _____

B. PERSONA RESPONSABLE:

Nombre _____ Relacion _____ Tel:() _____ - _____
 Direccion _____ Apt# _____ Ciudad _____Codigo postal _____

C. DEPENDIENTES:

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento ___/___/___ Sexo _____
 Nombre: _____ Fecha De Nacimiento ___/___/___ Sexo _____

D. ASEGURANZA:

Nombre De Aseguranza _____ Numero Del Grupo _____
 Tel:() _____ - _____ Numero De Identificacion: _____
 Asegurado _____ Fecha De Nacimiento ___/___/___

E. COMO SE ENTERO DE NOSOTROS:

Paginas Amarillas [] Amigo/Familiar [] Aseguranza [] Pasaba Por Aqui [] Voletin []
 Fui Refferido Por: _____

F. INFORMACION IMPORTANTE (FAVOR DE LEER)

Para ayudarle a determinar lo que su aseguranza cubre, le haremos un presupuesto de lo que probablemente su aseguranza valla a pagar. Esto es solamente un presupuesto de lo que su aseguranza valla a pagar por los servicios obtenidos.

Le ayudaremos de todas formas para tratar de colectar el dinero de su aseguranza. De cualquier forma usted es responsable de cualquier costo por el tratamientos recibido.

Favor Firmar El Siguiete Afirmativo:

Yo he leído y entiendo todo lo notificado arriba, y soy personalmente responsable por los costos que mi aseguranza no cubra, como el deductible, y co-pago. Yo autorizo a el grupo dental que me agan el tratamiento dental necesario. Yo le asignare al dentista todos los beneficios dentales de mi aseguranza, y autorizo al dentista que mande todas las formas, radiograpias y documentos necesarios para recibir y asegurar el pago de mi aseguranza.

X _____ Fecha _____