

Fecha _____

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____

Fecha De Nacimiento _____

Seguro Social _____

Domicilio _____

Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____

Por favor, priorizar preferencia por la forma en la que desea ser contactado por numeracion de las siguientes 1, 2, 3, 4 a la izquierda.

Soltero/a __ Casado/a__ Divorciado/a__ Viudo/a__

___ Telefono de Casa: _____

Nombre de conyuge _____ Y Seguro _____

___ Telefono de Trabajo: _____

Si nino, nombre de los padres (O custodia O tutor legal): _____

___ Telefono de Celular: _____

Padre que no vive con usted: _____

___ Correo Electronico: _____

Direccion del empleador: _____

Nombre del empleador: _____

Se refirio a nosotros por: _____

Profession: _____

En caso de emergencia, contactar (Nombre, domicilio, tele): _____

Pariente mas cercano no viviendo con usted (Nombre, domicillio, tele): _____

Es otro miembro de su familia o relacionado a un paciente en nuestra oficina si la respuesta es si, nombre: _____

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSIBLE

Por favor llene esta seccion solo si la persona financieramente responsable es diferente del paciente.

Nombre/Nombre del conyuge: _____

Profesion: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____

Telefono del empleador: _____ Seguro Social: _____ Seguro social del conyuge: _____

SI NO TIENE SEGURO DENTAL POR FAVOR INDIQUE CON UNA X __

SEGURO DENTAL

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del suscriptor: _____

Identificador del suscriptor o seguro social: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Compania del seguro: _____ Telefono del seguro: _____

Dirreccion del seguro: _____

Numero del grupo o numero local: _____

Por favor, llene nombre del empleador, direccion, numero de telefono y la ocupacion a continuacion solo si es diferente a la indicada mas arriba en informacion del paciente.

Nombre del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____

Telefono del empleador: _____

Profession: _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre del suscriptor: _____

Identifacador de suscriptor o seguro social: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor; _____ Compania del seguro: _____ Telefono del seguro: _____

Dirreccion del seguro: _____ Numero de grupo o numero local: _____

Nombre del empleador: _____

Domicilio del trabajo: _____

Telefono de trabajo: _____

Profession: _____

Esta es la politica de esta oficina para exigir el pago en su totalidad cuando los servicios son dados. Seguro dental es un contrato entre el suscriptor y la compania de seguros. Estamos encantados de atender cualquier formularios de seguros para usted sin algun costo. Por favor, deje todos los datos del seguro y formas completadas con el director financiero. Para mayor tratamiento, se puede arreglar un plan financiero con nuestro gerente de finanzas antes del tratamiento. Un informe de credito corriente sera adquirido. Un cargo financiero del 1.0% sobre el saldo pendiente de pago sera cargado en todas las cuentas.

Forma de pago: Pago al contado__ Pago con tarjeta de credito__ Por favor digame acerca de opciones de financiamiento__

Firma Del Paciente o Guardian: _____

Fecha: _____