

bienvenido

--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE PACIENTE

© 2003 Wisconsin Dental Association
(800) 243-4675

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Masc. Fem.
Apellido Primer nombre Inicial

Si es menor: Nombre del padre/de la madre _____

Cómo desea que se dirijan a usted _____

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

Domicilio Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección del trabajo _____

Teléfono: Casa _____ Trab. _____

Fax _____ Núm. de teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Paciente/Padre empleado en _____

Cargo actual _____

Por cuánto tiempo _____

Nombre del cónyuge/padre _____

Cónyuge empleado en _____

Cargo actual _____

Por cuánto tiempo _____

Persona responsable de esta cuenta _____

Núm. de licencia de conducir _____

Método de pago: Seguro Efectivo Tarjeta de crédito

Propósito de la llamada _____

Otros familiares en este consultorio _____

A quién debemos agradecer esta derivación _____

Núm. de seguro social del paciente/padre _____

Núm. de seguro social del cónyuge/padre _____

Persona, que no viva con usted, a quien notificar en caso de emergencia _____

**SEGURO DENTAL
PRIMERA COBERTURA**

Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Años _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de programa o póliza _____

Número de seguro social _____

Grupo o sindicato local _____

**SEGURO DENTAL SEGUNDA
COBERTURA**

Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del empleador _____ Años _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección _____

Teléfono _____

Núm. de programa o póliza _____

Número de seguro social _____

Grupo o sindicato local _____

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.

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

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

Autorizo el pago directo al dentista o grupo dental de beneficios del 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 DEL PACIENTE O DEL TUTOR LEGAL

FECHA _____