

\_\_\_\_\_

NÚMERO DE PACIENTE

**bienvenido**

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 participan 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 \_\_\_\_\_