

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Direccion

Telefono

Numero de seguro social

____-____-____

Estado Marital

Soltero Casado Separado

Numero de licencia de conducir

Divorciado Viudo

Fecha de nacimiento

____/____/____

Ocupacion

Edad

Empleador

Sexo

Mujer Hombre

Numero de anos empleado

Si el paciente es un menor de edad, por favor de a padre el guarda legal nombre.

PADRE

FECHA DE NACIMIENTO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

MADRE

FECHA DE NACIMIENTO

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Provea por favor de la información del pariente más cercano que no vive con usted.

NOMBRE

RELACION AL PACIENTE

DIRECCION

APT. #

CIUDAD

ESTADO

ZONA POSTAL

NUMERO DE TELEFONO DE CASA

TRABAJO

CELULAR

Mejor manera de contactarlo # de casa # de trabajo # de celular Correo electronico Otros (Especifique) _____

INFORMACION DE REFERENCIAS

¿Cómo usted oyó hablar de nosotros?

Paginas amarillas

Empleador

Bolante

Revista comunidad

Amigo/Pariente

Compania de aseguranza

Cartelera

Feria de salud / Examinacion

Muestra

Television Comercial

Estacion de radio - ¿Cual? _____

Otro (Especifique) _____

Empleado

Cupon por correo

Periodico - ¿Cual? _____

¿Quién podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? _____

CONSENTIMIENTO FINANCIAL PARA SERVICIOS

Como condición del tratamiento por esta oficina, las medidas financieras se deben tomar por adelantado. La práctica depende sobre reembolso de los pacientes para los costes incurridos en su cuidado, y la responsabilidad financiera de parte de cada paciente se debe determinar antes tratamiento. Si usted tiene seguro y ha asignado ventajas a los dentistas, su equilibrio y cargas son estimaciones basadas en la porción que puede su seguro no cubierta. Después de que el seguro haya pagado, le mandarán la cuenta para el restante balance. También acuerdo pagar un precio de servicio de el 20% o \$20 (cualquiera es mayor) en el equilibrio sin pagar, y todos los honorarios del abogado será cargado a esto considere si esta cuenta es puesta para la colección por una agencia exterior.

Por su firma, usted ha autorizado esta oficina para terminar su seguro forme para usted, rinden el servicio a su niño, muestra su nombre en formas de demanda y reconoce el recibo de nuestro aviso de la aislamiento. I conceda mi permiso usted o a su cesionario de llamarme por teléfono en el país o de trabajar a discuta las materias relacionadas con esta forma. He leído las condiciones antedichas del tratamiento y el pago y conviene su contenido.

Firma del paciente/Padre/Guardian

Fecha