

Hoja de Información del Paciente

Cuadro # _____ Oficina _____ Fecha _____

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: (M) (F)
Dirección de la casa: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono de la casa: () _____ Número de teléfono del trabajo: () _____
Número de Licencia o identificación: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Empleador: _____ Posición: _____
Dirección del Empleador: _____ Número de teléfono del Empleador: () _____
En caso de emergencia, contactar: (nombre) _____ Número de teléfono: () _____

¿Cómo intenta pagar? Efectivo Crédito Seguro Medi-Cal Otro _____

Parte Responsable

(No llenar si es igual que arriba)

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Dirección de la casa: _____ Apt # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono de la casa: () _____ Seguro Social: _____ - _____ - _____
Número de Licencia o identificación: _____ Sexo: (M) (F) Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Empleador: _____ Posición: _____ Tiempo en este trabajo: _____
Dirección del Empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de teléfono del trabajo: () _____ Ext. _____ Departamento: _____

Información del Seguro Primario

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: (M) (F)
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección de la casa del asegurado: _____
Nombre y número de teléfono del empleador: _____ Compañía de Seguro: _____
Dirección de la compañía del seguro: _____ Vigente desde: _____
Grupo #: _____ Póliza #: _____ Número de teléfono de la compañía del seguro: () _____
¿La póliza está conectada con el sindicato? Si No Nombre del Sindicato _____ No. del Local del Sindicato _____

Información del Seguro Secundario

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: (M) (F)
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Dirección de la casa del asegurado: _____
Nombre y número de teléfono del empleador: _____ Compañía de Seguro: _____
Dirección de la compañía del seguro: _____ Vigente desde: _____
Grupo #: _____ Póliza #: _____ Número de teléfono de la compañía del seguro: () _____
¿La póliza está conectada con el sindicato? Si No Nombre del Sindicato _____ No. del Local del Sindicato _____

Referencias Personales

Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Número de teléfono de la casa: () _____ Dirección de la casa: _____ Apt # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Número de teléfono de la casa: () _____ Dirección de la casa: _____ Apt # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Solicito que todos los beneficios dentales, si hubiere, en otras circunstancias pagaderos a mí por servicios prestados, sean pagados al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si la cobertura del seguro es insuficiente para cubrir mis obligaciones y/o un procedimiento. Soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a proporcionar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También consiento a la examinación y/o tratamiento de mi persona y todos los hijos(as) menores aquí listados por doctores, asistentes de doctores y otro personal médico. El no proveer información completa puede resultar en un cobro a mi persona por servicios. Estoy conciente de que al firmar abajo certifico que toda la información está completa y es correcta. Esta oficina dental, puede verificar esta información en cualquier fuente que considere necesario (incluyendo pero no limitándose a reportes de crédito) y puede proporcionar a otros información concerniente a mi historial crediticio (o el reporte de crédito) hasta el grado permitido por la ley. Esta es mi autorización extendida a esta oficina dental, para que verifiquen mi historial crediticio.

Firma del Paciente

Firma de la parte responsable