

Información del paciente

Oficina: _____

Información del paciente

Lengua materna: Inglés Español Sexo: Femenino Masculino
Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? Sí No
Correo electrónico: _____
Medio de comunicación preferido
 Residencial Teléfono del trabajo Celular Correo electrónico

Información de la persona responsable

Relación con el paciente: Yo mismo Padres/Tutor Cónyuge Otro
Sexo: Femenino Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? Sí No
Correo electrónico: _____

Información del empleador

Situación laboral: Empleado Estudiante Retirado Desempleado
Nombre del empleador/escuela: _____
Ocupación: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ ¿Hace cuánto tiempo? Año(s) Mes(es)

Información de la persona de contacto en caso de emergencia

Relación con el paciente: Persona Responsable Otro
Sexo: Femenino Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____
Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Paciente: _____
Chart # _____ Fecha: _____

Información del plan de seguro primario

Tipo de seguro: No seguro HMO PPO/Indemnización Denti-Cal
Nombre del plan: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____
Número del seguro: _____ Número del grupo: _____

Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente: Yo mismo Persona Responsable Cónyuge Otro
Sexo: Femenino Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____

Información del plan de seguro secundario

Tipo de seguro: No seguro HMO PPO/Indemnización Denti-Cal
Nombre del plan: _____
Teléfono: _____
Número del seguro: _____ Número del grupo: _____

Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente: Yo mismo Persona Responsable Cónyuge Otro
Sexo: Femenino Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____

¿Cómo nos encontramos?

1-800-Dentist Folleto/Anuncio Referido por su seguro: _____
 Ubicación Representante Mercantil: _____
 Páginas Amarillas Empleador Otro Doctor: _____
 Familia/Amigo Sitio del Internet Otro: _____

Yo certifico que la información aquí expuesta es exacta y puede ser aprobado para recibir crédito y proporcionar los servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros por cualquier razón. Yo autorizo que cualquier pago o beneficios del seguro sea pagado directamente a esta corporación dental. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto en esta autorización. Autorizo la liberación de cualquier información que relaciona a cualquier reclamo o reclamos dentales. Autorizo a recibir información y alertas de West Coast Services, Inc. a través de mensajes de texto. Entiendo que este programa es totalmente voluntario y que las tarifas de mensaje de texto se aplicarán con las tarifas correspondientes según lo determinado por mi proveedor de servicio de celular. West Coast Dental Services, Inc. no es responsable de ninguna manera de las tarifas cargadas a mí por mi proveedor de servicio de celular. Si en algún momento deseo dejar de recibir mensajes de texto de West Coast Services, Inc. yo debo notificar a la oficina por escrito para retirarme del programa de texto.

Firma del Partido Responsable _____ Fecha _____
(Representante Legal si el Paciente es un menor)

Actualizar Información del Paciente * Actualizar es anotar algún cambio en la Información del Paciente

Fecha	Firma	Comentarios