Información del paciente

Officina:_____

Información del paciente

Lengua materna: ☐English ☐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 trabaio ☐ 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: _____

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: _____

¿Cómo nos encontró?

☐ 1-800-Dentist ☐ Folleto/Anuncio ☐ Referido por su seguro: _____

☐ Ubicación ☐ Representante Mercantil: _____

☐ Páginas Amarillas ☐ Empleador ☐ Otro Doctor: _____

☐ Familia/Amigo ☐ Sito 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 u/o cargos no cubiertos y/o no pagados 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 ningún cargo no cubierto en esta autorización. Autorizo la liberación de cualquier información que relaciona a cualquier reclamo o reclamos dentales.

_____ _____

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

West Coast Dental Services, Inc.