

INFORMACION DEL PACIENTE

CONFIDENCIAL

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIRECCION DEL PACIENTE: _____ # DE _____ () SUYO
 TELEFONO: _____ () AMIGO
 CIUDAD: _____ ZONA POSTAL: _____

*** SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD LA PERSONA RESPONSABLE TIENE QUE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

ESTADO MARITAL: SOLTERO(a) _____ CASADO(a) _____ DIVORCIADO(a) _____ VIUDO(a) _____

Si el paciente es mayor de 17 años, es estudiante? _____
 Nombre de la escuela _____ Tiempo Completo _____ Parte de Tiempo _____

Nombre de la Persona Responsable : _____ # de Telefono _____
 #de Licencia de Manejar _____ #de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre y Direccion de la Compania donde trabaja _____
 Ocupacion? _____ Relacion con el paciente? _____ # de Telefono donde trabaja _____

Esta el paciente cubierto por : Aseguranza _____ MediCal _____ O va a pagar _____
 La persona responsable esta cubierto(a) por: Aseguranza _____ MediCal _____ O va a pagar _____
 Nombre del asegurado(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____
 Nombre de la compania donde trabaja _____ Direccion de la compania _____
 #de Telefono donde trabaja _____ Cuanto tiempo tiene trabajando para esta compania? _____
 Nombre de la aseguranza _____ # de Poliza o Grupo _____
 Tiene el paciente otra clase de aseguranza? () SI () NO _____
 # de Grupo/ Poliza _____ Nombre de la Aseguranza _____
 Tiene el paciente seguro Medico? () SI () NO _____
 # de Grupo/ Poliza _____ Nombre de la Aseguranza _____
 Es Ud. miembro de alguna union? _____ # de Local _____
 Relacion con el paciente: () mismo () esposo(a) () mama () papa () otra relacion _____

Fue el paciente a otro dentista este ano? () SI () NO Cual fue la razon? _____
 Le faltan algunos dientes o muelas al paciente? () SI () NO _____
 Si contesto si, ha tenido o tiene alguna placa removible? () SI () NO _____
 Que clase completa o parcial? _____ Ano en que fue echa: _____ Esta comfortable? _____

Por favor escriba todos los miembros de su familia:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ULTIMA FECHA AL DENTISTA	PARA LA OFICINA

Para que podamos cobrarle a su aseguranza directamente, firme en los 2 espacios de abajo: gracias

I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO THE ABOVE NAMED DENTIST OF THE GROUP INSURANCE BENEFITS OTHERWISE PAYABLE TO ME BUT NOT TO EXCEED THE CHARGES SHOWN ABOVE. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ANY CHARGES NOT COVERED BY THIS AUTHORIZATION. I HEREBY ACCEPT THE DENTAL TREATMENT PLAN AND AUTHORIZE DENTAL CARE AND RELEASE OF ANY INFORMATION RELATING TO THIS CLAIM.

_____ DATE _____

SIGNED INSURED PERSON

I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO THE ABOVE NAMED DENTIST OF THE GROUP INSURANCE BENEFITS OTHERWISE PAYABLE TO ME BUT NOT TO EXCEED THE CHARGES SHOWN ABOVE. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ANY CHARGES NOT COVERED BY THIS AUTHORIZATION. I HEREBY ACCEPT THE DENTAL TREATMENT PLAN AND AUTHORIZE DENTAL CARE AND RELEASE OF ANY INFORMATION RELATING TO THIS CLAIM.

_____ DATE _____

SIGNED INSURED PERSON