NUMERO DE PACIENTE

© 1991 Wisconsin Dental Association
(800) 243-4675

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE _____ Fecha _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

SI ES MENOR, NOMBRE DEL PADRE O MADRE _____
Apellido Nombre Inicial

¿COMO DESEA QUE LE LLAMEN? _____

Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Menor ☐

CORRERO: _____

CIUDAD
ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCION DEL TRABAJO _____

TELEFONO: DOMICILIO _____ TRABAJO _____

PACIENTE/PADRE O MADRE EMPLEADO POR _____

POSICION ACTUAL _____ ANTIGÜEDAD _____

CONYUGE/NOMBRE DEL PADRE O MADRE _____

CONYUGE EMPLEADO POR _____

CARGO ACTUAL _____ ANTIGÜEDAD _____

RESPONSABLE DE ESTA CUENTA _____

METODO DE PAGO: Seguro ☐ Tarjeta de crédito ☐ Efectivo ☐

PROPOSITO DE LA VISITA _____

OTROS FAMILIARES ATENDIDOS AQUI _____

_____

¿QUIEN LO HA ENVIADO A ESTE CONSULTORIO? _____

_____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE/PADRE O MADRE _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CONYUGE/PADRE O MADRE _____

PERSONA A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE URGENCIA, QUE NO VIVA CON USTED _____

_____

1ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____

EMPLEADOR _____ Nº AÑOS _____

NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA _____

DIRECCION _____

_____

TELEFONO: _____

Nº DE PROGRAMA O POLIZA _____

GRUPO O LOCAL DE LA UNION _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

2ª COBERTURA DE SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____

EMPLEADOR _____ Nº AÑOS _____

NOMBRE DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA _____

DIRECCION _____

_____

TELEFONO: _____

Nº DE PROGRAMA O POLIZA _____

GRUPO O LOCAL DE LA UNION _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

AUTORIZACION:
Por la presente autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para prestar una atención odontológica adecuada.

Autorizo la difusión de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo) que sean prestados con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de los beneficios de seguro.

Autorizo la difusión a otro dentista de la información relativa al cuidado de la salud, el asesoramiento y el tratamiento míos propios (o de mi hijo).

Autorizo por la presente el pago de beneficios de seguro directamente al dentista o grupo dental, que de otra manera serían pagaderos a mi nombre.

Entiendo que la empresa o pagador del seguro médico dental correspondiente a mis beneficios odontológicos puede pagar un monto inferior al de la factura por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de pagar por completo todas las cuentas. Al firmar esta declaración, anulo todos los otros acuerdos anteriores en contrario y acepto ser responsable por el pago de los servicios que no sean pagados, ya sea total o parcialemente, por la empresa de seguro dental.

Certifico la exactitud de la información en esta página.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL TUTOR _____ FECHA _____

REGISTRACION

Formulario Nº 110R