

FECHA DE HOY _____

REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE	SEGUND NOMBRE	APELLIDO	OTRO NOMBRE O APODO
CORREO ELECTRÓNICO			
DOMICILIO			FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> SOLTERO(A)
TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, PROPORCIONE LO SIGUIENTE	NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR	RELACIÓN <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> ABUELOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL		
	CORREO ELECTRÓNICO			
	DOMICILIO <input type="checkbox"/> IGUAL QUE ARRIBA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	TELÉFONO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PREFERIBLE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
¿CON QUIÉN VIVE EL MENOR? <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTROS (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____				

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

PERSONA PARA CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN
PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

SI USTED TIENE SEGURO DENTAL, POR FAVOR PROPORCIONE LO SIGUIENTE CON SU TARJETA DE SEGURO

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO	TELÉFONO DEL SEGURO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
NOMBRE DEL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
NÚMERO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	
SÍ ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE EL COLEGIO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO

REGISTRO DEL PACIENTE

CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera: Acepto ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o de mis dependientes. Entiendo que el pago se debe realizar al momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Esto incluye deducibles, copagos y cualquier parte estimada que el seguro no cubre. Por la presente autorizo y pago directo de los beneficios del seguro dental que de otra manera me serían pagados por los servicios prestados, directamente a Alison Dental Center. En el caso de que la compañía de seguros me dirija por error, entiendo que soy responsable de remitir inmediatamente dichos pagos a Alison Dental Center. En el caso de que los pagos no se reciban en las fechas acordadas, entiendo que se puede agregar a mi cuenta un cargo de \$ 25 por pago atrasado. Además, acepto informar a Alison Dental Center de cualquier cambio de dirección o número de teléfono dentro de los 30 días posteriores a dicho cambio. En caso de que no lo haga, autorizo a Alison Dental Center a utilizar todos los medios debidos, incluido el uso de los registros del historial de crédito, para determinar mi nueva dirección para fines de facturación.

Aviso de prácticas de privacidad: Reconozco que he recibido el aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad designado en la notificación si tengo una pregunta o queja. En la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica

Consentimiento para el tratamiento: Escucho al autorizar al médico o al personal designado a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otra ayuda de diagnóstico que el médico considere apropiada para realizar un diagnóstico exhaustivo de mis necesidades dentales. En el momento del diagnóstico, autorizo al médico a realizar todos los tratamientos recomendados acordados mutuamente por mí y a emplear la asistencia necesaria para proporcionar la atención adecuada. Acepto el uso de anestésicos, sedantes y cualquier otro medicamento según sea necesario. Entiendo que puedo solicitar un recital completo de cualquier posible riesgo de complicaciones.

Políticas de la oficina: La oficina está abierta de lunes a jueves de 8-5:00 p.m., y cada dos viernes de 8-12:00 p.m. Requerimos un aviso de 24 horas si necesita cancelar / reprogramar una cita. Aquel día, 15 minutos para una cita no se verá y nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa. Garantizamos todo el trabajo dental durante 2 años completado en nuestro consultorio y las coronas durante 5 años si no se temple en otro consultorio. El único requisito es que visite cada seis meses para el control y la limpieza.

Firma final: La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo. También autorizo a Alison Dental Center o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Patient Signature

Date

Parent/Responsible Party Signature

Date