



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha:		Dentista primaria:				
INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Apellido del paciente:		primero nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.	Estado civil (Un círculo) Soltero / Cas / Div / Sep / V
Esta es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no Es así, ¿Cuál es su nombre legal?	Nombre anterior :		Fecha de nacimiento: / /	Años:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:			Número de seguridad social:	Teléfono: ()		
Caja de P.O.:	Ciudad:	Estado:		Código postal:		
Ocupación:	Empleador:			Número de teléfono del empleador: ()		
Elija la clínica porque / Referido a la clínica por (marque una casilla):				<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Plan de seguro	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Cerca del trabajo/casa <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Otro						
Otros miembros de la familia que se ven aquí:						

INFORMACIÓN DEL SEGURO					
(Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista.)					
Persona responsable de la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Teléfono: ()	
¿Es esta persona un paciente aquí?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleado:		Número de teléfono del empleador: ()	
Este paciente está cubierto por el seguro?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Por favor, indique seguro primario :					
Nombre del suscriptor :	Número de seguridad social de suscriptor:	Fecha de nacimiento: / /	Número de grupo:	Número de póliza:	Co-pago: \$
Por favor, indique seguro primario: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Espousa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre del seguro secundario (si aplica):	Nombre del suscriptor :		Número de grupo:	Número de póliza:	
Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Espousa <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro					

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre del amigo o pariente local (no viva en la misma dirección):	Relación con el paciente:	Teléfono: ()	Teléfono del trabajo: ()
La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Elison Dental Center o compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.			
Paciente/Gardián Firma		Fecha	

HIPPA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICA PRIVADA

Si me ha dado una copia de la notificación de prácticas de privacidad HIPAA.

Paciente/Gardián Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo al médico o al personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y cualquier otro medios de diagnóstico se considere apropiado por el médico para hacer un diagnóstico a través de mis necesidades dentales. Tras el diagnóstico, autorizo al médico realizar todos los tratamientos recomendados de común acuerdo entre mí y para emplear este tipo de asistencia según sea necesario para proporcionar la atención adecuada. Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes, y cualquier otra medicación según sea necesario. Entiendo que puedo pedir un completo recital de cualquier posible riesgo.

Paciente/Gardián Firma

Fecha

INFORMACIÓN FINANCIERA

Deducibles, co-pagos, y cualquier posición no cubierta por su seguro se debe al momento de su visita. Aceptamos efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover, American Express, giro postal, tarjetas de planes de Flex, y cuidado de crédito. Un cargo de \$ 25 será cargado a la cuenta de todos los cheques rechazados y sobre las cuentas no pagadas por fecha de vencimiento.

He leído y entendido todas las políticas financieras declarados por esta oficina.

Paciente/Gardián Firma

Fecha

POLITICAS DE LA OFICINA

La oficina está abierta de lunes a jueves de 8-5:00, Viernes 8-12:00. Se requiere un aviso de 24 horas si necesita cancelar una cita. Cualquier persona de 15 minutos tarde a una cita no será vista ese día y nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa de \$ 45. Garantizamos que todo el trabajo dental durante 2 años completos en nuestra oficina. El único requisito es que se visita cada seis meses para un chequeo y limpieza.

Paciente/Gardián Firma

Fecha