

Para que podamos brindarle la mejor atención posible, es importante que responda la siguiente información de la manera más completa posible. Esta información es confidencial entre usted y nuestro consultorio dental. Gracias.

### INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  
SS# \_\_\_\_\_ Lic. de Conducir # \_\_\_\_\_  
¿A quién le damos las gracias por referir a nuestra oficina?  
\_\_\_\_\_

### CONTACTO DE INFORMACION

Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Móvil # \_\_\_\_\_ Tel de Casa # \_\_\_\_\_  
Dirección Física \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Si su dirección de correo es diferente por favor indique**

Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

**Si el paciente es un menor, por favor no se incluya si usted es la persona quien vendría a las citas o si usted está llenando esta forma**

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_  
Tel # \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### COMUNICADO DE INFORMACION DEL PACIENTE

Si usted desea que la información del paciente se dé a conocer por favor de apuntar abajo los nombres de las personas.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

Con mi firma, entiendo que esta oficina mantendrá mi información médica confidencial. Mi información puede ser utilizada para tratamiento, pago, aseguranza, o operaciones de atención medica.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

#### Para uso solamente de oficina

Nosotros hemos tratado de obtener reconocimiento escrito, pero no logramos por:

- Paciente/Padre o Guardian rechazo firmar.
- Una emergencia lo impidió.
- Otro (Favor de Explicar): \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ASEGURANZA

**La siguiente información es de la persona que aparece como principal en la aseguranza.**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza \_\_\_\_\_

Tel de Aseguranza # \_\_\_\_\_

# De Miembro \_\_\_\_\_

#### Asignación y Reconocimiento

Yo certifico que yo, y/o mis dependientes tenemos cobertura con la aseguranza. Y asignamos a Dental Health Center todos los beneficios de la aseguranza. Yo entiendo que yo soy financieramente responsable por todos los cargos pagados o no por el seguro. Yo autorizo con mi firma que Dental Health Center envíe los cobros a la aseguranza por los servicios rendidos en mi cita(s). La oficina nombrada arriba puede usar mi información de salud y puede revelar tal información de salud a la compañía de aseguranza mencionada arriba y representantes para el propósito de obtener pagas por los servicios y determinar beneficios de aseguranza o beneficios relacionados con el pago de tal servicios.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_