



## REGISTRO DE PACIENTES

Bienvenido a cuidado Dental! Por favor complete la siguiente información confidencial

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_  
(Primera) (Oriente) (Último)

CORREO ELECTRÓNICO ID \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_ EXT \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL \_\_\_\_\_

RELACIÓN al seguro suscriptor (la persona en su familia que su seguro es a través de): Auto Cónyuge Niño Otro

### INFORMACIÓN PRIMARIA DE SEGURO DENTAL

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_ GRUPO / POLÍTICA # \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_ SEGURIDAD SOCIAL # \_\_\_\_\_

(Primera) (Oriente) (Último)

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: Casado Soltero Otro TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

EXT \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ EMPLEADO EN TIEMPO COMPLETO O EN TIEMPO PARCIAL (Círculo Uno)

### INFORMACIÓN SECUNDARIA DE SEGURO DENTAL

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_ GRUPO / POLÍTICA # \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_ SEGURIDAD SOCIAL # \_\_\_\_\_

(Primera) (Oriente) (Último)

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: Casado Soltero Otro TELÉFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

EXT \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_ EMPLEADO EN TIEMPO COMPLETO O EN TIEMPO PARCIAL (Círculo Uno)

COMO SUPISTE DE NOSOTROS: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO:

1. Por la presente autorizo al personal de My Care Dental, LLC a tomar radiografías, fotografías y cualquier otra ayuda diagnóstica que considere apropiada para hacer un diagnóstico completo de mis necesidades dentales. Tras tal diagnóstico, autorizo a realizar todo el tratamiento recomendado mutuamente acordado por mí y emplear la asistencia requerida para proporcionar la atención apropiada. Consiento el uso de la medicación y terapia apropiadas que se consideren necesarias.
2. **Por la presente autorizo el pago de los beneficios dentales, de lo contrario pagaderos a mí, directamente a My Care Dental, LLC. Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios y materiales dentales no pagados por mi plan de beneficios dentales. Al firmar a continuación, certifico que leo y escribo inglés y he leído, entiendo completamente y estoy de acuerdo con los puntos anteriores**

Firma del Paciente / Padre / Guardian \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_