



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 # _____

DIRECCIÓN _____
(Primera) (Oriente) (Último)

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 # _____

DIRECCIÓN _____
(Primera) (Oriente) (Último)

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 _____