CONOCIMIENTO DE LA INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Numero de Teléfono_____
Fecha de Nacimiento del Paciente _____ # de Seguro Social del Paciente _____
Dirección del Paciente_____
y Calle Apt# Cuidad, Estado Código Postal

Otros Niños/as en la Familia: (¿Algunos de ellos/as son pacientes de esta Oficina? . . . . Sí No)
Nombre _____Edad_____ Fecha de Nacimiento_____
_____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
_____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Pediatra del Paciente _____ # de Tel. del Pediatra _____
Dentista de los Padres _____

¿Es el paciente cubierto por algun seguro dental? Sí No ó Medicaid # de Medicaid_____

Seguro Dental Primario del Paciente

Nombre del Suscriptor_____
Relación del suscriptor con el paciente _____
de SS _____ Fecha de Nacimiento _____
Compañia de Trabajo _____
Compañia de seguro:_____
_____
(# y Calle) # de tel. del Seguro
_____
(Ciudad, Estado) (Código Postal)
ID del Seguro_____ # de Grupo_____

Seguro Dental Secundario del Paciente

Nombre del Suscriptor_____
Relación del suscriptor con el paciente _____
de SS _____ Fecha de Nacimiento _____
Compañia de trabajo _____
Compañia de seguro:_____
_____
(# y Calle) # de tel. del Seguro
_____
(Ciudad, Estado) (Código Postal)
ID del Seguro_____ # de Grupo_____

Madre/Guardian

Nombre_____
de SS _____ Fecha de Nacimiento_____
Ocupación _____
Nombre del Negocio _____
Ubicación del Negocio _____
Si es diferente a la del paciente:
Dirección de Casa _____
(# y Calle)
_____
(Ciudad, Estado) (Codigo Postal)
de Cel. ( ) _____

Padre/Guardian

Nombre_____
de SS_____Fecha de Nacimiento _____
Ocupación _____
Nombre del Negocio _____
Ubicación del Negocio _____
Si es diferente a la de el paciente:
Dirección de Casa_____
(# y Calle)
_____
(Ciudad, Estado) (Codigo Postal)
de Cel. ( ) _____

Entiendo que soy responsible por todos los cargos afectuados por mi ó mi familia independientemente de la cobertura de seguro dental, y que **EL PAGO DEBE SER LIQUIDADO AL MOMENTO DE QUE LOS SERVICIOS SEAN REALIZADOS**. Si mi cuenta requiere de el servicio de una agencia de colecciones ó de un abogado, entiendo que soy responsable por los honorarios de colecciones ó del abogado y de la corte, ademas de mi saldo pendiente. Asi mismo, solicito que los pagos de mi aseguranza dental se hagan directamente a Comfort Kids en facturas no pagadas de servicios hechos a mi ó mi familia. Yo autorizo la publicación de la información dental necesaria para procesar este reclamo y todos los reclamos a futuro.

CERTIFICACION DE CONCENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO A UN MENOR DE EDAD

Yo certifico que la información de arriba es correcta y autorizo a los medicos a utilizar las medidas que sean necesarias y que usen su juicio profesional para hacerle un diagnostico a mi hijo/a. Esto incluye un examen oral, los rayos-x necesarios, y despues de una explicación, todas la formas de tratamiento, medicamento, y terapia indicada para el cuidado dental de el/la niño/a con el nombre escrito arriba. Este concentimiento permanecerá en efecto hasta ser cancelado por una de las dos partes.

Firma _____ Relación con el Paciente_____ Fecha_____