

**Bienvenidos a nuestro consultorio.
Completen este formulario y si tienen alguna pregunta,
estamos aquí para ayudarles.**

Información del paciente

Fecha _____
 Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial segundo _____
 Prefiere que lo llamen _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo Hombre Mujer
 N° Seguro Social _____ Escuela _____
 Correo electrónico _____
 Dirección domicilio _____ Ciudad, Estado, Código postal _____
 Tel. domicilio () _____ Tel. celular () _____

Padres / Guardian (si el paciente es menor de 18)

Nombre del progenitor padres con custodia _____
 El paciente vive con (marque todas las que correspondan) Madre Padre Madrastra Padrastro Abuelos
 Otro _____
 Nombre Primaria Guardián completa _____ Fecha de nacimiento _____
 Ocupación _____ Correo electrónico _____
 Dirección (si es diferente) _____
 Tel. domicilio () _____ Tel. Cel. () _____ Tel. trabajo () _____
 Secundaria Nombre Guardián completa _____ Fecha de nacimiento _____
 Ocupación _____ Correo electrónico _____
 Dirección (si es diferente) _____
 Tel. domicilio () _____ Tel. Cel. () _____ Tel. Trabajo () _____

Responsabilidad Financiera

¿Quién tiene responsabilidad financiera por esta cuenta? _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono domicilio () _____ Teléfono celular () _____
 Dirección de correo electrónico _____
 N° Seguro Social _____ Empleador _____
 ¿Quién es responsable de traer al paciente a las citas? _____

Seguro Dental / Ortodonticia

Nombre completo del titular de la póliza principal _____ Fecha de nacimiento _____
 N° de seguro social _____ Relación con el paciente _____
 Dirección y teléfono (si no aparece arriba) _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Compañía de seguros _____ N° de grupo _____ N° identificación _____
 ¿Esta póliza tiene prestaciones para ortodoncia? Sí No No sé
 Nombre completo del titular de la póliza secundaria _____ Fecha de nacimiento _____
 N° Seguro Social _____ Relación con el paciente _____
 Dirección y teléfono (si no aparece arriba) _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Compañía de seguros _____ N° de grupo _____ N° identificación _____
 ¿Esta póliza tiene prestaciones para ortodoncia? Sí No No sé

Nombre completo del titular de la póliza principal _____ Fecha de nacimiento _____
 N° de seguro social _____ Relación con el paciente _____
 Dirección y teléfono (iSi no aparece en el frente) _____
 N° Seguro Social _____ Relación con el paciente _____
 Dirección y teléfono (si no aparece al rente.) _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Compañía de seguros _____ Póliza N° _____ N° identificación _____
 Nombre completo del titular de la póliza secundaria _____ Fecha de nacimiento _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Compañía de seguros _____ Póliza N° _____ N° identificación _____

Médico del paciente _____ Ciudad, estado _____
 Última cita _____ Motivo _____ Próxima cita _____
 Examen físico más reciente _____
 Otros médicos o proveedores de atención médica que ve ahora:
 Nombre _____ Ciudad, estado _____
 Motivo _____
 Nombre _____ Ciudad, estado _____
 Motivo _____

Acuse de recibo de las prácticas de privacidad publicadas. Hay copias disponibles a su solicitud.

He leído sobre aviso de esta oficina de prácticas de privacidad registros y materiales.

X _____
 Firma del paciente padre/tutor _____ Fecha _____

----- Solamente para uso del consultorio -----

Intentamos obtener acuse de recibo por escrito del Aviso de nuestras prácticas de privacidad, pero no se pudo obtener, debido a: () El individuo no quiso firmar () Hubo obstáculos en comunicación que no permitieron obtener el acuse de recibo.

() Una situación de emergencia no permitió que obtuviéramos el acuse de recibo. () Otro (indicar) _____

Autorizo al proveedor para que divulgue toda información e incluso el diagnóstico y los registros de tratamiento o los exámenes hechos al paciente durante el período de dicho tratamiento a los terceros pagadores u otros profesionales médicos. Autorizo y solicito que mi compañía de seguro asigne los beneficios y pague directamente al proveedor o al grupo del proveedor los beneficios que de otra manera serían pagaderos a mí. Comprendo que mi compañía de seguro puede pagar menos de lo que se cobra en la factura por servicios. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones hechas al seguro. Estoy de acuerdo con ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre mío a las personas a mi cargo.

X _____
 Nombre del paciente (padre/tutor)

X _____
 Firma del paciente padre/tutor

Fecha