

BIENVENIDO

Información acerca del Paciente (Patient Information)

Nombre (Name) _____
Fecha de nacimiento (Birth date) mes(month) _____ día(day) _____ año(year) _____
Dirección (Address) _____
Ciudad (City) _____ (Código postal) Zip Code _____
Teléfono de la casa (Home) _____ del trabajo (Work) _____ Celular (Cell) _____
E-mail _____

Hombre (Male) Mujer (Female)

Soltero (Single) Casado (Married) Viudo (Widowed) Separado (Separated) Divorciado (Divorced)
 Menor de edad (Minor under 18 yrs. old)

Número de seguro social (Social Security #) _____ Empleador (Employer) _____

Nombre del esposo(a) (Spouse's Name) _____

Empleador del esposo(a) (Spouse's Employer) _____

Empleador del esposo(a) (Spouse's Employer) _____

¿Cómo usted escuchó de esta oficina? (How did you hear about this office) _____

Contacto en caso de emergencia (alguien que no reside en su casa) In case of emergency, contact :

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

RESPONSABLE DE LA CUENTA (Responsible Party)

Nombre de la persona responsable (Who will be paying the bill?) _____

Relación con el (la) paciente (Relationship to Patient) _____ Fecha de nacimiento (Date of Birth) _____

Número de seguro social (Social Security #) _____

Aseguransa Primaria

Nombre del Suscribssor (Name of Subscriber) _____

Relacion al Paciente (relationship to patient) _____

Fecha de nacimiento (date of birth) _____

Numero de Seguro Social (Social Security #) _____ Empleador (employer) _____

Nombre de Aseguransa (name if insurance co.) _____ Telefono (phone #) _____

Aseguransa Secundaria

Nombre del Suscribssor (Name of Subscriber) _____

Relacion al Paciente (relationship to patient) _____

Fecha de nacimiento (date of birth) _____

Numero de Seguro Social (Social Security #) _____ Empleador (employer) _____

Nombre de Aseguransa (name if insurance co.) _____ Telefono (phone #) _____

Yo declaro de tener cobertura de aseguransa y asigno directamente a James J. Hur DDS todo beneficio de seguro por servicios dados. Yo entiendo si mi seguro no paga por alguna razon de que yo soy responsable de esta cuenta financiera. En caso de que mi cuenta tenga que ir a una agencia de coleccion, se que sere' responsable del pago de las cuotas por asesoria y presencia legal. Es nuestra poliza de hacer un cargo administrativo de \$25.00 al no asistir a su cita sin dar aviso de 24 horas.

Firma _____ Fecha _____