



BIENVENIDOS...

A Salida Surgery Center, Dental Group

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ MR# _____ Office Use Only

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado Civil: Menor Soltero Casado Sexo: Masculino Femenino

Referido Por: _____

PERSONA RESPONSABLE

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Licencia / ID: _____ # de Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Seguro Primario: _____ # de Suscriptor: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ # de Tel: _____ Ocupación: _____

Seguro Secundario: _____ # de Suscriptor: _____

Empleador: _____ # de Tel: _____ Ocupación: _____

INFORMACION DE CONTACTOS

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono de Celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de Correo Electrónico (email): _____

En donde prefiere recibir llamadas? Hogar Celular Trabajo

CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre: _____ # de Tel: _____

ASIGNACION DE PAGO Y AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Autorizo la divulgación de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mi hijo o a mi durante el período de tal atención a los pagadores de terceros y / u otros profesionales de salud.

Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al grupo médico / médico, pagos que de otro modo serían pagados a mí. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que el costo total de los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

X _____

Firma del Paciente/ Padre/ o Tutor Legal

Fecha