Bienvenido a First Dental Center

Por favor complete la siguiente informacion confidencial

Nombre _____ Como te Dicen: _____

Primer Nombre Apellido

Direccion _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Telefono Casa _____ Trabajo _____ Cellular _____

Fecha de Nacimiento _____ Por favor marque: Hombre Mujer

de Seguro Social _____ **Soltero** **Casado** **Divorciado** **Otro**

Quien te recomendo con nosotros? _____ Nombre de su esposo(a) _____

Persona a contactar en caso de emergencia? _____ telefono _____

Completa la informacion confidencial de como contacarle

correo electronico _____

Como prefiere ser contactado Telefono casa Telefono celular texto correo electronico

Indique una persona con quien podemos hablar de su tratamiento dental, citas, y costos:

Nombre _____ Telefono _____ relacion _____

Su farmacia _____ Telefono _____

Si tiene seguro dental, completa esta informacion

Nombre del asegurado _____ relacion al paciente _____

de seguro social del asegurado _____ cumpleanos del asegurado _____

Nombre de su compania de seguro dental _____ numero de grupo _____

de telefono de la compania _____

****Dinos si tienes otro seguro dental****

Firma abajo para confirmar tus derechos de privacidad en relacion a tu salud personal

Por medio de la siguiente firma acepto haber sido informado de mis derechos de privacia con respecto a la informacion sobre mi salud, de the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996(HIPAA). Acepto que se me ha ofredcido copia del Federal HIPAA guidelines.

Nombre (letra de molde) _____ Fecha _____

Firma _____

Favor de leer y firmar la autorizacion y el acuerdo del pago de servicios

Por medio de la signiente firma, autoriza al Doctor y su equipo dental. Acepto el uso de anestesicos, sedativos, y medicamentos que sean necesarios. Entiendo que el uso de anestesicos involucra riesgos y puedo pedir informacion relacionada a cualquier posible complicacion. Autorizo el compartir informacion y mis datos con otros profesionales o companias de seguro dental. El pagar directamente a mi dentista pos su servicios. Acepto la responsibilidad de cubrir todos los gastos mios o de mis dependientes sin importar el tener o no seguro. Entiendo que el pago de servicios es el mismo dia, al menos que un plan de pago se haya estabecido previamente. Acepto pagar recargos si el balance de mi cuenta no es pagado en 35 dias despues de la fecha requerida. En caso de falta de pagos, prometo pagar los gastos, incluyendo licenciados si necesario para poner la cuenta al corriente. Autorizo esta oficina a dejar mensajes o correspondencia en al correo relacionado con mis citas y tratamiento, entiendo que hay un cargo de $35.00 si fallo a una cita o la cancelo con menos de 48 horas de anticipacion.

Firma _____ Fecha _____