

Arizona Dental Management

Nombre completo (impresa) _____ **Fecha de nacimiento** ____ / ____ / ____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono celular (____) _____ - _____ Estado civil _____
 SSN _____ - _____ - _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____
 Ocupación / Empleador _____ Puesto _____ Teléfono de trabajo _____
 Tiempo parcial __ Tiempo completo __ *** Los estudiantes universitarios a tiempo completo que utilizan la cobertura de sus padres pueden necesitar proporcionar prueba de su condición de estudiante a tiempo completo ***
 Correo electrónico _____
 Nombre del contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
 **¿Cómo se enteró de nosotros? [] Amigo / Pariente _____ [] Seguro _____ [] Otro _____

Parte responsable (garante): Relación con el paciente _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
 Teléfono de casa (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo / celular (____) _____ - _____ SSN _____ - _____ - _____
 Correo electrónico _____
 Ocupación / Empleador _____ Puesto _____ Teléfono de trabajo _____
Seguro dental primario:
 Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Relación al paciente _____
 Empleador _____ Compañía de seguros _____
 Número de identificación de la póliza o SSN _____
Seguro dental secundario:
 Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Relación al paciente _____
 Empleador _____ Compañía de seguros _____
 Número de identificación de la póliza o SSN _____

Nombre del médico principal _____ Número de teléfono (____) _____ - _____
 Fecha del último examen físico _____ ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico por un problema en particular?
 Sí No [] En caso afirmativo, explíquelo por favor _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Nombre de la farmacia, calles cruzadas y número de teléfono: _____ (____) _____ - _____

Solicito que todos los beneficios, si los hubiera, u otros montos pagaderos a mí o en mi nombre por los servicios prestados, se paguen directamente al proveedor de servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de los servicios prestados por el proveedor. Si los ingresos del seguro son insuficientes para cubrir mis obligaciones por el servicio prestado, soy responsable del déficit. Autorizo al proveedor de servicios a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los servicios prestados. Si no proporciona información completa, puede recibir una factura por los servicios prestados. Soy consciente de que al firmar a continuación certifico que toda la información está completa y es correcta según mi leal saber y entender.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Padre / Guardián _____