ValleyWide Dental
Creating Beautiful Smiles

Información del paciente

Officina:

Información del paciente

Lengua materna: ☐English ☐Español Sexo:☐Femenino ☐Masculino
Estado civil: ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Viudo ☐Otro
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? ☐Sí ☐No
Correo electrónico: _____
Medio de comunicación preferido
☐ Residencial ☐ Teléfono del trabajo ☐ Celular ☐ Correo electrónico

Información de la persona responsable

Relación con el paciente: ☐Yo mismo ☐Padres/Tutor ☐Cónyuge ☐Otro
Sexo: ☐Femenino ☐Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? ☐Sí ☐No
Correo electrónico: _____

Información del empleador

Situación laboral: ☐Empleado ☐Estudiante ☐Retirado ☐Desempleado
Nombre del empleador/escuela: _____
Ocupación: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ ¿Hace cuánto tiempo? __ Año(s) __ Mes(es)

Información de la persona de contacto en caso de emergencia

Relación con el paciente: ☐ Persona Responsable ☐Otro
Sexo: ☐Femenino ☐Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____
Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre del Paciente: _____
Chart # _____ **Fecha:** _____

Información del plan de seguro primario

Tipo de seguro: ☐No seguro ☐HMO ☐PPO/Indemnización ☐Denti-Cal
Nombre del plan: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____
Número del seguro: _____ Número del grupo: _____

Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente: ☐Yo mismo ☐Persona Responsable ☐Cónyuge ☐Otro
Sexo: ☐Femenino ☐Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #:_____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____

Información del plan de seguro secundario

Tipo de seguro: ☐No seguro ☐HMO ☐PPO/Indemnización ☐Denti-Cal
Nombre del plan: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____
Número del seguro: _____ Número del grupo: _____

Información del beneficiario (Miembro principal)

Relación con el paciente: ☐Yo mismo ☐Persona Responsable ☐Cónyuge ☐Otro
Sexo: ☐Femenino ☐Masculino
Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
NSS #:_____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del empleador: _____

¿Cómo nos encontró?

☐Yo Entree' ☐ Cartelera Otros _____
☐Televicion ☐ Familias / Amigo _____
☐Radio ☐ Pagina Electronica
☐Paginas Amarillas ☐ Aseguranza

Yo certifico que la información aquí expuesta es exacta y puede ser aprobado para recibir crédito y proporcionar los servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos u/o cargos no cubiertos y/o no pagados por mi compañía de seguros por cualquier razón. Yo autorizo que cualquier pago o beneficios del seguro sea pagado directamente a esta corporación dental. Entiendo que soy financieramente responsable de ningún cargo no cubierto en esta autorización. Autorizo la liberación de cualquier información que relaciona a cualquier reclamo o reclamos dentales.

_____ _____
Firma del Partido Responsable Fecha
(Representante Legal si el Paciente es un menor)

Actualizar Información del Paciente * Actualizar es anotar algún cambio en la Información del Paciente

Fecha	Firma	Comentarios