



Información del paciente

Nos encantaría saber: ¿Cómo te enteraste de nosotros?

PACIENTE

Nombre _____ Seguro Social# _____
Último Primero
Dirección _____ Apto# _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono de casa (_____) _____ Célula (_____) _____
Email _____ Edad _____ Cumpleaños _____

FIESTA RESPONSABLE (Si es la misma que la anterior, omite) Relación con el paciente _____

Nombre _____ Seguro social# _____
Último Primero
Dirección _____ Apto# _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono de casa (_____) _____ Edad _____ Cumpleaños _____

EMPLEO

Teléfono del trabajo(_____) _____ Ext _____
Ocupación _____ Empleador _____
Dirección de Negocios _____ Ciudad _____ Código Postal _____

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Teléfono de casa (_____) _____
Último Primero
Médico _____ Número de teléfono (____) _____

SEGURO / PLAN DENTAL

(PRIMARIO)

Nombre del plan _____ Teléfono del plan # (____) _____
Empleador / Sindicato _____ Grupo # _____ Plan # _____
Nombre del asegurado _____ SSN del asegurado _____ Cumpleaños _____

(SECUNDARIO)

Nombre del plan _____ Teléfono del plan # (____) _____
Empleador / Sindicato _____ Grupo # _____ Plan # _____
Nombre del asegurado _____ SSN del asegurado _____ Cumpleaños _____

Todas las reclamaciones de seguro impagas son responsabilidad del paciente o guardián

Entiendo y acepto que (independientemente de mi seguro), soy el responsable final del saldo de mi cuenta por los servicios profesionales prestados. He leído toda la información sobre la Ley de Privacidad y Práctica de Privacidad y he completado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Le notificaré cualquier cambio en mi estado o la información anterior. Por la presente doy mi consentimiento a Monfredi Family Dental, LLC, para enviar correos, recordatorios y mensajes por correo electrónico, realizar llamadas telefónicas o mensajes de texto a mis direcciones y / o números de teléfono proporcionados con respecto a citas próximas, artículos de seguros o cualquier comunicación relacionada con mi cuidados clínicos. También puede dejar mensajes en mi casa, trabajo o teléfono celular.

Firma de la parte responsable o paciente

Fecha