

CHILDREN'S CORNER PEDIATRIC DENTISTRY

INFORMACIÓN DE NUEVA FAMILIA

(Escribir en letra de imprenta)

INFORMACIÓN DE SUS HIJOS:

*Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nac.: _____ Sexo: **M** **F**
*Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nac.: _____ Sexo: **M** **F**
*Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nac.: _____ Sexo: **M** **F**
*Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nac.: _____ Sexo: **M** **F**

PERSONA RESPONSABLE:

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nac.: _____ Relación/ parentesco con el paciente: _____
Dirección postal: _____ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Dirección de residencia (si es diferente): _____ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Yo acepto que la oficina dental puede comunicarse conmigo electronicamente por el correo electronico y numerous mobiles que la oficina tiene. Yo se que siempre hay nivel deriesgo que terceros probablemente pueden leer correo electronico sin cifrar. Yo se que puedo retirar mi consentimiento a cualquier tiempo por recibir correo electronico.

Correo electrónico principal: _____ Correo electrónico secundario: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____ N.º Seguro Social: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Madre/padre del paciente (que no sea la persona responsable): _____

Contacto para casos de emergencia: _____ Teléfono: _____

¿Quién refirió a su familia? Dentista: _____ Ortodoncista: _____ Médico: _____
Otro: Amigo _____ Guía telefónica Compañía de seguros Web

SEGURO (PRESENTE LAS TARJETAS MÉDICA/DENTAL PARA QUE SE HAGA UNA FOTOCOPIA):

COMPAÑÍA PRINCIPAL:

Nombre del seguro: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____
N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____
Titular de la póliza: _____
Dirección: _____
Teléfono de la compañía de seguros: _____ Fecha nac.: _____

COMPAÑÍA SECUNDARIA:

Nombre del seguro: _____
Dirección de la compañía de seguros: _____
N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____
Titular de la póliza: _____
Dirección: _____
Teléfono de la compañía de seguros: _____ Fecha nac.: _____

Médico Dental Auto-motor Otro: _____ Médico Dental Auto-motor Otro: _____

CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:

Hacemos todo lo posible para mantener bajos los costos de la atención quirúrgica. Se pueden hacer arreglos de pago con nuestro Coordinador Financiero en circunstancias especiales. Se le entregará un *costo estimado* de cualquier procedimiento o cirugía que usted solicite. Si tiene seguro médico y/o dental, nos complacerá presentar un reclamo en su nombre. Complete la sección sobre seguros que aparece anteriormente.

Recuerde que el seguro se considera como un método para contribuir al costo de la atención y no representa una garantía de pago. Algunas compañías pagan asignaciones fijas por determinados procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier monto deducible, coseguro y cualquier otro saldo que su compañía de seguros no pague. Los saldos en mora están sujetos a un cargo financiero mensual.

Esta firma que figura en los archivos representa mi autorización para divulgar la información que sea necesaria para procesar mi reclamo. Por el presente autorizo el pago directo al proveedor que figura en el formulario de beneficios de seguro, a menos que se estipule que dichos beneficios son pagaderos a mi favor.

Le garantizamos el trabajo realizado por nuestros dentistas siempre que el paciente es visto por nuestro dentista cada 6 meses para su examen y limpieza de rutina.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuse de recibo del aviso sobre prácticas de privacidad y sus derechos de acceso a los archivos del paciente

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPPA)

Reconozco que se me ha ofrecido una copia del aviso sobre prácticas de privacidad y derechos de acceso a los archivos del paciente para que lo lea. Entiendo que puedo solicitar una copia para guardarla en mis archivos. Mi firma también representa mi consentimiento por escrito para que Children's Corner Pediatric Dentistry utilice y divulgue mi información de atención médica como se establece en este aviso, salvo que presente un aviso de restricción por escrito. *Usted puede rechazar este reconocimiento*

Firma: _____ Fecha: _____