



Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento / /	Teléfono Celular ()
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono ()
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo Electrónico	Seguro Social
Compañía de Seguro Dental	Numero de Grupo	Numero de Miembro
Como clasifica usted su salud oral?	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pobre Excelente	
¿Como escucho de nuestra oficina? <input type="checkbox"/> Referido por amigo/familiar _____ <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Plan de Seguro <input type="checkbox"/> Recibió Correo Postal <input type="checkbox"/> Anuncio en Periódico <input type="checkbox"/> Anuncio TV/Radio <input type="checkbox"/> Revista/Directorio <input type="checkbox"/> Paso por la Oficina <input type="checkbox"/> Otro _____		
En caso de emergencia llamar a Nombre:	Teléfono ()	Relación al Paciente
Parte Responsable (Si el paciente no es el primario del seguro o es un menor)		
Nombre	Fecha de Nacimiento / /	Teléfono ()
Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Seguro Social
Empleador de Persona Responsable	Ocupación	Relación al Paciente

TERMINOS Y CONDICIONES

Acuerdo Financiero: Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se haya hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/níño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Traspaso de los beneficios del seguro y autorización para la divulgación de información:

Yo traspaso directamente a iDental y sus doctores todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Firma _____

Fecha _____

Puede haber cargos por citas perdidas o citas no canceladas con mínimo de 48 horas de antelación.