

Informacion del Paciente

Primer Nombre: _____ Int _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Telefono de Celular:(_____) Telefono de casa:(_____)
 Direccion: _____ Apt# _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
 Numero de seguro social: _____ - _____ - _____ Sexo: (F) (M) *Como se entero de nuestra oficina?* _____
 Empleador: _____ Posicion: _____ Numero de trabajo: (_____)
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
 Contacto de Emergencia: _____ (_____) Relacion: _____
 Como intenta pagar? { } Efectivo { } Credito { } Seguro Correo electronico: _____

Parte Responsable

Primer Nombre: _____ Int _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Telefono de Celular:(_____) Telefono de casa:(_____)
 Direccion: _____ Apt# _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
 Numero de seguro social: _____ - _____ - _____ Sexo: (F) (M) Relacion al paciente: _____
 Empleador: _____ Posicion: _____ Numero de trabajo: (_____)
 Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____

Informacion del Seguro Primario

Nombre del asegurado : _____ Int _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Relacion al paciente: _____ Sexo: (M) (F) Numero de seguro social: _____ - _____ - _____
 Nombre del Empleador: _____ Nombre de la Aseguransa: _____
 Direccion de la Aseguransa: _____ Fecha de vigencia: _____
 Numero de Polisa: _____ Numero de la Aseguransa: (_____) # de Grupo: _____
 Su polisa esta conectada con la union? Si[]No[] Nombre de la Union: _____ Union Local _____

Informacion del Seguro Secundario

Nombre del asegurado : _____ Int _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 Relacion al paciente: _____ Sexo: (M) (F) Numero de seguro social: _____ - _____ - _____
 Nombre del Empleador: _____ Nombre de la Aseguransa: _____
 Direccion de la Aseguransa: _____ Fecha de vigencia: _____
 Numero de Polisa: _____ Numero de la Aseguransa: (_____) # de Grupo: _____
 Su polisa esta conectada con la union? Si[]No[] Nombre de la Union: _____ Union Local _____

Referencias personales

1)Nombre: _____ Numero de Telefono (_____) Relacion: _____
 Direccion: _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado: _____codigo postal: _____

Yo solicito que todos mis beneficios dentales, si aplican, o cualquier cantidad o cheque que se extenda a mi nombre para cubrir mis servicios dentales sea pagado directamente a el proveedor de servicios. You entiendo que qualquier cantidad que no sea pagada por mi seguro por los servios que se an dado sera mi responsabilidad financiera. Si mi cobertura dental no es vijente o se expira, y no ay fondos para cubrir mis servicios, yo sere responsable por el saldo. Yo autorizo a el proveedor de servicio que de toda la informacion necesaria para asegurar el pago para los servicios. Tambien doy consentimiento a el medico, los asistentes, o cual quier personal de la oficina de tomar radiografias y aser una examinasion para mi o mis hijos menores. Si fallan de dar la informacion correcta resultara en recibir un cobro por los servicios que se hagan hecho, estoy de acuerdo al firmar abajo.

Fecha: _____

Fecha: _____

Firma del paciente

Firma de la parte responsable

Doy consentimiento a Sonoran Sky Dental que tome mi foto para propositos de registro unicamente.

Inicial x _____