

# Información Sobre el Paciente

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 SSN #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono: \_\_\_\_\_ # De Su Empleo: \_\_\_\_\_  
 # de Celular: \_\_\_\_\_ ¿Permiso el texto?  Sí  No  
 El correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué modo es más preferible para contactar te?  
 De Su Casa  De Su Empleo  De Celular  El correo electrónico

## Información del Partido Responsable

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 SSN #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono: \_\_\_\_\_ # De Su Empleo: \_\_\_\_\_  
 # de Celular: \_\_\_\_\_ ¿Permiso el texto?  Sí  No  
 El correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué modo es más preferible para contactar te?  
 De Su Casa  De Su Empleo  De Celular  El correo electrónico

## Empleo Paciente Partido Responsable

Empleador: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto Tiempo? \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono: \_\_\_\_\_ # De Su Empleo: \_\_\_\_\_  
 De Celular #: \_\_\_\_\_  
 Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Office: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Chart #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Cobertura de Seguro (marque uno)

Denti-Cal  HMO  PPO  Indemnidad  Otro \_\_\_\_\_

## Información del Asegurado (si corresponde)

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apt: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Unión: \_\_\_\_\_  
 # de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Seguro Primario: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono #: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social#: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
 Unión: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

## ¿Cómo nos encontró?

1-800-Dentist  Folleto/Anuncio  Referido por su seguro: \_\_\_\_\_  
 Ubicación  Representante Mercantil: \_\_\_\_\_  
 Páginas Amarillas  Empleador  Otro Doctor : \_\_\_\_\_  
 Familia/Amigo  Sito del Internet  Otro: \_\_\_\_\_

"Por la presente certifico que la información anterior es precisa y se puede confiar en ella para obtener crédito y proporcionar servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos o pagados por mi compañía de seguros. Por la presente autorizo el pago directamente a esta corporación dental profesional de cualquier beneficio de seguro que de otra manera me serían pagaderos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por esta autorización. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con cualquier reclamo dental o reclamos. Al proporcionar el número de mi teléfono fijo, celular y otro dispositivo electrónico y mi dirección de correo electrónico ahora o en el futuro, doy mi consentimiento expreso y acepto que West Coast Dental y cualquiera de sus afiliados, agentes, proveedores de servicios o cesionarios puedan llamarme usando un sistema de marcación telefónica automática o de otro modo, déjeme un mensaje de voz, pregrabado o de voz artificial, o envíeme un mensaje de texto, correo electrónico u otro mensaje electrónico para cualquier propósito relacionado con el servicio o el cobro de cualquier cuenta que pueda establecer con West Coast Dental, o para otros fines informativos relacionados con mi cuenta o tratamiento ("Comunicación"). También acepto que West Coast Dental y cualquiera de sus afiliados, agentes, proveedores de servicios o cesionarios pueden incluir mi información personal en una Comunicación. West Coast Dental no cobrará por una Comunicación, pero mi proveedor de servicios puede. Estoy de acuerdo en que West Coast Dental puede monitorear y grabar cualquier llamada telefónica para asegurar la calidad de su servicio o por otras razones".

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

Fecha

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

Fecha

Firma

Comentarios

Fecha	Firma	Comentarios

REV.JUNE2020

