

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M or F
 Direccion: _____
 Numero de Telefono: _____ - _____ - _____ ¿OK para enviar mensaje de texto? Si No
 Correo Electronico: _____ SSN #: _____ - _____ - _____

PARTE RESPONSABLE

***Ignore si es lo mismo de arriba** Relacion: _____
 Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ M or F
 Direccion: _____
 Numero de Telefono: _____ - _____ - _____ ¿OK para enviar mensaje de texto? Si No
 Correo Electronico: _____ SSN #: _____ - _____ - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Apellido: _____ Relation: _____
 Correo Electronico: _____ Numero del Telefono: _____ - _____ - _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Asegurado: _____ Apellido: _____ Relacion: _____
 SSN #: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ M or F
 Direccion: _____
 Empleador: _____ Numero de Empleador: _____ - _____ - _____
 Compania de Seguros: _____ Numero de Telefono de Compania: _____ - _____ - _____
 Direccion de Compania: _____
 Numero de Grupo: _____ Numero de ID del Suscriptor: _____ Fecha Efectivo: ____/____/____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Asegurado: _____ Apellido: _____ Relation: _____
 SSN#: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ M or F
 Direccion: _____
 Empleador: _____ Numero de Empleador: _____ - _____ - _____
 Compania de Seguros: _____ Numero de Telefono de Compania: _____ - _____ - _____
 Direccion de Compania: _____
 Numero de Grupo: _____ Numero de ID del Suscriptor: _____ Fecha Efectivo: ____/____/____

FIRMA

Responsabilidad financiera: solicitar que todos los beneficios dentales, si alguna, u otros montantes en caso contrario a pagar a mí o a mi favor por los servicios prestados, se pagará directamente al proveedor de servicio. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos por servicios prestados por el proveedor. Si ingresos seguros no son suficientes para cubrir mis obligaciones por servicios prestados, yo soy responsable por el déficit. Autorizo al proveedor de liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. También doy mi consentimiento a la examinación o tratamientos de mí mismo y todos menores de edad por médicos, asistentes médicos y otro personal médico. Falta de información completa puede resultar en mi recibir una factura por servicios.

Verificación de la información: Certifico que toda la información es completa y correcta. Estoy de acuerdo que piedra angular Dental y ortodoncia, LLC (es decir, "C.D.O. LLC") o cualquier persona que actúe en su nombre puede verificar esta información de cualquier fuente considere necesario incluyendo pero no limitado a la obtención de informes de crédito y otros pueden proporcionar información sobre historial de crédito incluyendo el informe de crédito, información de contacto y número de seguro social en la medida permitida por la ley. Consentimiento para uso de correo electrónico dirección/teléfonos: estoy de acuerdo que piedra angular Dental y ortodoncia, LLC (es decir, "C.D.O., LLC") para usar dicha dirección de correo electrónico con el propósito de servicio mi cuenta o enviarme información sobre productos y servicios ofrecidos por venta por "C.D.O., LLC". Además acepto que proporcionando mi teléfono fijo residencial o número de teléfono celular, consiento expresamente recibir mensaje pregrabado de llamadas y mensajes de texto de un sistema de marcación telefónica automática para el servicio mi cuenta o Telemarketing. Estoy de acuerdo que el consentimiento anterior aplicado a todos los números de teléfono proporcionados en este documento, así como a cualquier número proporcionar en el futuro. Entiendo que mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto no es una condición de recibir el tratamiento o adquirir bienes o servicios de Cornerstone Dental y ortodoncia, LLC.

 Firma del paciente, padre, tutor o Representante Personal

 Relacion

 Fecha