

Actualización de información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Alguna de su información de contacto a cambiado desde su ultima visita? **Si** **No**

Por Favor complete y actualize su información con letra elegible:

Dirección: _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Cod. Post** _____

Tel. (cell) _____ **Tel. (casa)** _____ **Tel. (trabajo)** _____

Correo Electronico: _____

A tenido usted algun cambio en su seguro dental que no hemos sido informados? Si No

Nombre Del Seguro: _____ **ID#** _____ **Numero de Tel.** _____

Nombre del Asegurado: _____ **Fecha de nac.** _____ **SSN** _____

****For Staff use only**** The most current dental insurance card has been presented for verification to: _____

A tenido algun cambio en su historia medica desde su ultima visita a nuestra oficina? Si No

Es alergico a: _____ **Penicilina** _____ **Tetraciclina** _____ **Sulfa** _____ **Aspirina** _____ **Codeina** _____

Otro: _____

****For Staff use only**** If there are significant changes, please provide patient with a New Patient Form.

AUTORIZACION DEL PACIENTE

Yo autorizo al dentista que comparta alguna o toda la informacion(incluyendo la dental) a la compania de seguro ya dada para propositos de administración, reclamacion, evaluación, revisión de utilización y auditoría financiera. Esta autorizacion es valida y efectiva a partir del momento en que firmo hasta el dia que se revoque de forma escrita. Yo autorizo a mi seguro pagar directamente al dentista los servicios dentales por otra parte pagaderos a mi. En el evento de que mi seguro dental no pague el monto completo estimado por los servicios. Yo acepto hacerme financieramente responsable por el resto del balance y pagarlo dentro de los 30 dias de notificacion dada por esta oficina, Yo tambien entiendo que la cantidad dada por mis servicios dentales es solo un estimado y puede variar acorde a las limitaciones y politicas de mi seguro dental.

Paciente _____ **Fecha** _____

Parte Responsable _____ **Fecha** _____