Zen DENTAL GROUP

DATOS SOBRE EL PACIENTE

Información sobre el Paciente

Nombre: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

E-mail: _____ Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Numero de Seguro Social: _____-____-_____ Marque el Cuadro: □ Señor □ Señora □ Soltero(a) □ Casado(a) □ Divorciado(a)

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Persona de Contacto en Caso de Urgencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Cómo encontró información sobre nuestro consultaorio? ¡Por favor, maque el cuadro.

□ Amigo □ Pariente □ Dentista □ Médico □ Website □ Guía Telefónica □ Paciente de Zen Dental □ Otro:_____

Información de Persona Responsable

(No llenar esta sección si se trata de la misma persona mencionada arriba)

Nombre: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

¿Está persona es actualmente paciente de nuestra consulta? □ Sí □ No Relación con el Paciente: _____

Numero de Seguro Social: _____-____-_____ Marque el Cuadro: □ Señor □ Señora □ Soltero(a) □ Casado(a) □ Divorciado(a)

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ocupación: _____

Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Información sobre su Seguro Principal

Nombre del Asegurado: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____

Relación con el Asegurado: □ Paciente □ Esposo(a) □ Padre/Madre □ _____ Número de Seguro Social del Asegurado: _____-____-_____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Compañía de Seguros: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____

Numero de Group: _____ Numbero de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____

Información sobre el Seguro Adicional

Nombre del Asegurado: _____ (Inicial): _____ (Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Zona Postal: _____

Relación con el Asegurado: □ Paciente □ Esposo(a) □ Padre/Madre □ _____ Número de Seguro Social del Asegurado: _____-____-_____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Compañía de Seguros: _____ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____

Numero de Group: _____ Numbero de Póliza: _____ Fecha de Efectividad: _____

Yo doy consentimiento para que paguen directamente a Zen Dental Group para todos los beneficios que anteriormente serian pagados a mí por servicios rendidos. Yo entiendo que yo seré responsable por todos los gastos financieros, a pesar si la seguranza pague o no, y por todos los servicios rendidos a mi o mis dependientes que son realizados por el proveedor. Autorizo al proveedor del servicio en esta oficina para dar la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. Yo autorizo el uso de mi firma en todas formas sometidas a la seguranza. Yo también doy consentimiento a tener un examen y el tratamiento de mi mismo y de todos mis dependientes menores de edad, por parte de medios, sus asistentes y otros miembros del personal médico.

_____ Firma del Paciente

_____ Firma de la Persona Responsable