



FECHA
EXPEDIENTE N°

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO				FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F
SSN	LICENCIA/IDENTIFICACIÓN (ESCOGE UNA OPCIÓN) LICENCIA DE MANEJAR IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO IDENTIFICACIÓN DE FEDERAL PASAPORTE OTRO				NÚMERO DE LICENCIA/IDENTIFICACIÓN		ESTADO
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO	IDIOMA QUE PREFIERE USAR			SE NIEGA A ESPECIFICAR
DIRECCION DE CASA		NÚMERO DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
EMPLEADOR			PUESTO		CUANTO TIEMPO AÑO MES		
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (SI USTED ES RESPONSABLE NO LLENE ESTA SECCIÓN)

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO				FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F	RELACIÓN DEL PACIENTE YO MISMO ESPOSO (A) OTRO PADRE /MADRE		
SSN	LICENCIA/IDENTIFICACIÓN (ESCOGE UNA OPCIÓN) LICENCIA DE MANEJAR IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO IDENTIFICACIÓN DE FEDERAL PASAPORTE OTRO				NÚMERO DE LICENCIA/IDENTIFICACIÓN		ESTADO			
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO	IDIOMA QUE PREFIERE USAR			SE NIEGA A ESPECIFICAR			
DIRECCION DE CASA		NÚMERO DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL					
EMPLEADOR			PUESTO		CUANTO TIEMPO AÑO MES					
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL					

CONTACTOS DEL MÉDICO: DENTISTA ACTUAL

NOMBRE DEL DENTISTA			TELÉFONO DEL DENTISTA			
DIRECCIÓN DEL DENTISTA			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

PRIMER CONTACTO: NOMBRE	APELLIDO			RELACIÓN DEL PACIENTE		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO			
SEGUNDO CONTACTO: NOMBRE	APELLIDO			RELACIÓN DEL PACIENTE		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE SU CASA	CELULAR	TELÉFONO DE SU TRABAJO			

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

TARJETA DE SEGURO PROVEÍDA

PRIMER NOMBRE DEL ASEGURADO		APELLIDO				
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO YO MISMO ESPOSO (A) OTRO PADRE /MADRE				
DIRECCION DE CASA				NÚMERO DE APARTAMENTO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	SSN DEL ASEGURADO			
EMPLEADOR			TELÉFONO DE EMPLEADOR			
COMPAÑÍA DE SEGUROS		TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
N° DE GRUPO		N° DE PÓLIZA				
EFFECTIVO DEL SEGURO	NOMBRE Y NÚMERO DEL SINDICATO LOCA					

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

TARJETA DE SEGURO PROVEÍDA

PRIMER NOMBRE DEL ASEGURADO		APELLIDO				
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M F	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO YO MISMO ESPOSO (A) OTRO PADRE /MADRE				
DIRECCION DE CASA				NÚMERO DE APARTAMENTO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	SSN DEL ASEGURADO			
EMPLEADOR			TELÉFONO DE EMPLEADOR			
COMPAÑÍA DE SEGUROS		TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS				
N° DE GRUPO		N° DE PÓLIZA				
EFFECTIVO DEL SEGURO	NOMBRE Y NÚMERO DEL SINDICATO LOCA					

INICIALES DEL PACIENTE	INICIALES DE LA PARTE RESPONSABLE
------------------------	-----------------------------------



FECHA
EXPEDIENTE N°

INICIALES

Responsabilidad financiera: Comprendo que los pagos por los servicios se deben realizar cuando sea debido y que si no se realiza algún pago a tiempo, es posible que esté sujeto a cargos por demora. Además, entiendo que, si he autorizado débitos a mi cuenta y si mi banco no acepta un débito, incurriré un cargo de servicio por cada débito deshonorado. Solicito que todos mis beneficios, si los hay, u otros montos que de otra manera me serían pagados a mí o a mi nombre por los servicios prestados, se le paguen directamente al proveedor de los servicios. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por obtener servicios, ya sea que los pague o no el seguro. Autorizo al proveedor de los servicios a divulgar toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad para el seguro y para obtener el pago de los beneficios.

INICIALES

Verificación de información: La información que aquí se proporciona es verdadera y está completa según mi leal saber y entender. Autorizo a A & K Dental PLLC ("Prestige Dental"), o a cualquiera que actúe en su nombre, para que obtenga, revise o comparta con sus agentes de seguros designados o con cualquier beneficiario de mi cuenta, el informe de mi crédito con el propósito de evaluar mi crédito y verificar mi identidad, o para actualizar, renovar, atender, modificar o cobrar mi cuenta. Esta autorización es válida siempre y cuando se adeude a mi cuenta cualquier monto a Brident Dental o a cualquier cesionario de mi cuenta. Reconozco que Prestige Dental puede dar información sobre mi cuenta a agencias de presentación de informes de los consumidores y otras personas que puedan recibir legalmente dicha información. Los pagos tardíos, pagos omitidos u otros incumplimientos en mi cuenta se pueden reflejar en mi informe de crédito.

INICIALES

Consentimiento expreso previo para las llamadas/mensajes de texto/correo electrónico: Al proporcionar el número de mi línea fija, teléfono celular u otro aparato inalámbrico y mi dirección de correo electrónico ahora o en el futuro, doy mi consentimiento expreso y acepto que Prestige Dental y cualquiera de sus afiliadas, agentes de seguros, proveedores de servicio o cesionarios pueden llamarme usando un sistema de discado telefónico automático o de otra manera, dejarme un mensaje de voz, pregrabado o un mensaje de voz artificial, o bien, enviarme un mensaje de texto, correo electrónico u otro mensaje electrónico para cualquier propósito relacionado con atender o cobrar cualquier cuenta que yo pueda establecer con Prestige Dental, o para cualquier otro propósito de información relacionado con mi cuenta o tratamiento ("Comunicación"). También estoy de acuerdo en que Prestige Dental y cualquiera de sus afiliadas, agentes de seguros, proveedores de servicio o cesionarios pueden incluir mi información personal en una Comunicación. Prestige Dental no cobrará por ninguna Comunicación, pero es posible que mi proveedor del servicio sí lo haga. Acepto que Prestige Dental puede monitorear y grabar cualquier llamada telefónica para garantizar la calidad de su servicio o por otras razones.

INICIALES

Cargo por incumplimiento de cita: Comprendo que es importante asistir a mis citas programadas y que si pierdo una cita sin notificación previa, es posible que esté sujeto a un cargo por incumplimiento de cita.

Prestige Dental usará los expedientes médicos electrónicos, incluso su fotografía para conservar su información de atención médica. Prestige Dental está comprometida con mantener la privacidad y la confidencialidad de la información médica del paciente en cumplimiento con Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), y solo usará su fotografía para fines de identificación interna.

Usted puede, en cualquier momento, retirar este consentimiento mediante un aviso escrito a Prestige Dental.

INICIALES

Sí. Estoy de acuerdo en que se me tome una fotografía y se almacene en el sistema de expedientes médicos electrónicos de Prestige Dental. Entiendo que al marcar "Sí" y firmar a continuación, estoy otorgando a Prestige Dental la autorización para tomar y usar mi fotografía en su sistema de expedientes médicos electrónicos con fines de identificación.

INICIALES

No. No deseo que me tomen una fotografía y que se almacene en el sistema de expedientes médicos electrónicos de Prestige Dental.

Al firmar a continuación, reconozco que leí, entiendo plenamente y acepto quedar obligado por este consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

RELACIÓN DEL PACIENTE

FECHA