



1911 Forest Hill Blvd, West Palm Beach, FL 33406 ☎ (561)-439-7400 📠 (561)-439-7443 ✉ juanageldresdds@live.com

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de hoy _____

Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Sexo: **F M** Estado Civil: **Casado Divorciado Viudo Otro** No.Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono Trabajo: _____ Telefono Celular: _____ Telefono Casa: _____

Correo Electronico: _____@_____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Otra que no sea el Paciente: _____ Relacion del paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

No. Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Telefono Celular: _____

Como se dio cuenta de nuestra oficina dental?

Paciente Amigo Paginas Amarillas Radio Website Un Empleado Otro

HIPPA

CONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO PRACTICAS PRIVADA

Yo, _____, he recibido copia de notificacion de practicas privados de esta oficina.

Firma del Paciente _____ **Fecha:** _____

Si usted es un representante legal del paciente por favor escribe su nombre y parentesco _____

Usted puede solicitar una copia de nuestra notificacion de practicas privadas en cual quier momento.

El paciente o la persona responsable da el permiso a la oficina de la Dr. Geldres de discutir y compartir informacion de citas, tratamientos, cuentas y otras informaciones dentales con las siguientes personas _____(si no escribe nada, cualquier persona viviendo con usted esta aprobada)

Solo para uso oficial – Como Practica Privado, mi intencion es obtener la firma del paciente o su representante en este document pero no pudo ser por:

____ Fue un tratamiento de Emergencia.

____ No me pude comunicar con el Paciente.

____ El Paciente no desea firmar.

____ El Paciente se niega a firmar por que: _____

____ Otra

Firma del official privado _____



1911 Forest Hill Blvd, West Palm Beach, FL 33406 ☎ (561)-439-7400 📠 (561)-439-7443 ✉ juanageldresdds@live.com

2018 INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de hoy _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Correo Electronico: _____ @ _____

No.Seguro Social: _____ (Es requerida para el seguro dental)

Telefono Trabajo: _____ Telefono Celular: _____ Telefono Casa: _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Relacion con el Paciente: _____

Nombre del Responsable: _____

Direccion de Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

No. Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Telefono Celular: _____

HIPPA

Yo he entendido que **la notification y copia de practica privada** de esta oficina sera proveida si la pido.

HISTORIAL MEDICO

___ Mi historial medico NO ha cambiado desde mi ultima visita aqui.

___ Mi historial medico SI ha cambiado desde mi ultima visita aqui. Necesito una forma para ponerlo al dia.

POLIZA FINANCIERA.

He revisado la política financiera de la oficina y reconozco que ya hay una copia firmada en el archivo. **Después de leer y entender**, solicito que se realizen los servicios dentales y acepto ser responsable de cualquier cargo incurrido. Entiendo que si no puedo hacer un pago cuando se ha la fecha de pago y mi cuenta se vuelve delinciente y será entregada a una agencia de cobranza. Soy totalmente responsable de pagar todos los costos de cobranzas y procesamiento que puedan aplicarse. También estaré en riesgo. Que la oficina me decline como paciente de la practica.

He leído esta poliza financiera como se describe arriba y entiendo que soy el responsable en última instancia de los cargos incurridos por mi hijo / hija como su tutor legal.

Yo certifico que toda la información que he llenado esta correcta y es de mi conocimiento.

Con letra de molde escriba su nombre del representatante

legal (Menor de edad): _____

Firma del representatante legal: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha de hoy** _____