

**2023 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 realicen 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 delincente 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** \_\_\_\_\_