

INFORMACION DEL PACIENTE

*Bienvenido a nuestra oficina! Para asistirlo mejor, por favor complete el formulario confidencial.
La informacion proveida es importante para su salud dental.*

Nombre del paciente: _____ M F Fecha de Nac. _____ **Apodo:** _____
Primer nombre Apellido

Padre, Tutor : **Nombre:** _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer nombre Apellido

Madre, Tutor : **Nombre:** _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer nombre Apellido

Dirección _____
Dirección de la calle Ciudad Estado #postal

Número de Licencia: _____ SSN: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Email madre: _____ Email Padre: _____

◇ RESPONSABILIDAD FINANCIERA ◇

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nac: _____

Empleador Suscriptor: _____ SSN: _____

Compañía de Seguros: _____

Segu. Teléfono # _____ MEM # _____ GRP # _____

Tiene cobertura dental adicional? Si No

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nac: _____

Empleador Suscriptor: _____ SSN: _____

Compañía de Seguros: _____

Segu. Teléfono # _____ MEM # _____ GRP # _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta oficina no divulgará ninguna información sobre nuestros pacientes, excepto a los padres, tutores legales, Su compañía de seguros, o para otras oficinas médicas o dentales se refiere, salvo por orden judicial.

Martha Bustillo, DMD, Ashley Featherston, DDS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar este formulario, usted reconoce que le hemos proporcionado con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros podemos utilizar y divulgar su información de salud. También, describe ciertos derechos que usted tiene sobre su información de salud mantenida por nosotros.

Firma: _____

Escriba el nombre: _____