



Registro del Paciente

Informacion del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Celular #: _____ Telefono Alt#: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Favor de Enviar e-mail/text mg

Sexo: Masculino Femenino Email de Padres: _____

Informacion de la Madre / Guardian

Nombre: _____ Apellido: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Celular #: _____ Telefono Alt #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social : _____

Informacion de el Padre /Guardian

Nombre: _____ Apellido: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____

Celular #: _____ Telefono Alt #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social : _____

Informacion del Seguro

Nombre del Asegurado: _____ Relacion con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador: _____ Compañia de Seguro: _____

Telefono de Seguro: _____ Numero de Poliza _____ Numero del Grupo _____

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo (tiene) cobertura de seguro como indicado y añadiendo directamente a esta oficina todos los beneficios de otro modo pagables a mi por servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos si fueran pagos o no por el Seguro. Autorizo el médico a liberar toda la información necesaria para conseguir el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguro.

Medicaid / Chip

Denta Quest MCNA Traditional TMHP Numero de ID # _____

Firma de la Parte Responsable : _____ Fecha : _____