

SMILE KEEPERS
FORMULARIO DE PACIENTE NUEVO

FECHA: _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

NOMBRE PREFERIDO: _____ MASCULINO _____ FEMENINO _____

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

SOLO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/TUTOR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PERSONA RESPONSABLE DE HACER CITAS DENTALES Y ARREGLOS FINANCIEROS: _____

POR FAVOR ENUMERE EN ORDEN EL MEJOR NÚMERO PARA LLEGAR A USTED PARA UNA CITA DENTAL:

TELÉFONO CELULAR: _____ ¿PUEDE RECIBIR MENSAJES DE TEXTO? SÍ NO

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

TELÉFONO DE CASA: _____

CORREO ELICTRONICO: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? _____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

TELÉFONO DE CASA: _____

PERSONA CON QUIEN PODEMOS COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SALUD DENTAL:

NOMBRE DE LA PERSONA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO DE CASA: _____

AUTORIZACIÓN: Autorizo a Potranco Family Dental a divulgar toda la información médica o dental para evaluación, tratamiento y atención anticipada. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo (incluidas las tarifas de cobro). Entiendo que la porción estimada del paciente vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos para el pago. También entiendo que cualquier estimación de tratamiento que se me proporcione se hace de buena fe y entiendo que mi seguro puede no pagar las cantidades estimadas por Potranco Family Dental. Entiendo que soy responsable del conocimiento de mi programa de seguro y las limitaciones del mismo. He leído esta autorización y entiendo su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____ Relación con el paciente: _____