

# LAKESIDE DENTAL

## Formulario de Inscripción

Por favor escriba en letra de molde

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero  Casado  Separado  Viudo  Sexo: Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono en casa: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ # Licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Teléfono célula: \_\_\_\_\_

RECOMENDADO POR:  Guía de teléfono  Nuestra ubicación  Paciente (Nombre) \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor de su tarjeta de seguro a la recepcionista)

¿Este paciente tiene cobertura de seguro?  Sí  No      ¿Usted tiene Medicaid?  Sí  No

Nombre del Seguro Primario: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ #Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor:  Uno mismo  Cónyuge  Niño  Otro: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario (si aplica) Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ #Póliza: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor:  Uno mismo  Cónyuge  Niño  Otro: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

*Por la presente el abajo firmante autoriza al doctor para tomar Rayos-X, estudio de modelos, fotografías o cualquier otra ayuda que el doctor estime necesaria para hacer un diagnóstico completo de la necesidad dental del paciente. También lo autorizo para realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicamentos y terapia que pueda ser indicada en relación con el paciente arriba mencionado. También entiendo que el uso de agentes anestésicos incluye un cierto riesgo. Entiendo que pagos por los servicios dentales proveídos en esta oficina para mi y/o mis dependientes son mi responsabilidad, la cuál se debe y es pagadera en el momento en que los servicios sean prestados a menos que se hayan hecho arreglos financieros. Autorizo que los beneficios de la compañía de seguro sean pagados directamente a la oficina dental. También autorizo a la oficina dental o a la compañía de seguro ceder cualquier información requerida para éste reclamo. Entiendo que los honorarios que el seguro dental no pague será mi responsabilidad y que un reporte de crédito puede ser obtenido si es necesario. Entiendo que habrá un cobro de \$50 - \$100 por no presentarse a las citas y que éste cobro no lo paga el seguro o cualquier otro programa estatal según WAC 388-535-1265(ff) y WAC 388-535-1100(s). Entiendo que si necesito cambiar la hora de la cita, debo notificar con 24 horas de antelación para evitar este cobro. También está claro de que no podré hacer más citas hasta que este pago haya sido hecho. Usted podría incurrir en cargos adicionales en caso de que pierda múltiples citas.*

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Paciente, Padre o Tutor