

Contra Costa Endodontics Registro Paciente

Información Del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Medio Inicial: _____

Sobrenombre / Otro Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono de Casa: (____) _____ Telefono de Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Sexo: M F Estado Civil: Casada Soltera Divorciada Separada Viuda

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social _____

Licencia de Conductor #: _____

Ocupación : _____ Patrón : _____

Empleo: Completo Parcial Retirado

Student Status: Completo Parcial Nombre de la Escuela : _____

Nombre De los Médicos : _____ Telefono : _____

Kaiser Medical #: _____ Dentista General: _____

Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____

PERSONA RESPONSABLE (si alguien con excepción del paciente)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono de Casa: (____) _____ Telefono de Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero Social: _____ Licencia de Conductor #: _____

Esta persona tambien es el asegurado por el paciente Asegurado Primario Secundaria del Asegurado

Información Primaria Del Seguro

Nombre de Asegurado: _____ Relación al Paciente: uno mismo esposo niño Otro

Seguro Social : _____ Nacimiento Seguro: _____

Patrón : _____ Compañía de Seguro : _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad,Estado,Zona Postal: _____ Ciudad,Estado,Zona Postal: _____

Información Secundaria Del Seguro

Nombre de Asegurado: _____ Relación al Paciente: uno mismo esposo niño Otro

Seguro Social : _____ Nacimiento Seguro: _____

Patrón : _____ Compañía de Seguro : _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad,Estado,Zona Postal: _____ Ciudad,Estado,Zona Postal: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES

En la terminación de mi terapia endodontica en esta oficina , entiendo que debo volver a mi dentista general para el cuidado restaurativo necesitado para proteger el diente/los dientes tratados. La falta de hacer tan conducirá a la pérdida del diente tratado. Autorizo el pago directamente a **Contra Costa Endodontics** de las ventajas del seguro colectivo ; si no pagadero a mí. Entiendo que la responsabilidad del pago de los servicios proporcionados en esta oficina es la mía, sin importar la implicación del seguro. He leído "hoja informativa sobre materials dentales "(adoptada May 2004) de Contra Costa Endodontics.

Fecha: _____ Firma de persona responsable: _____

SU PAGO SE REQUIERE EN LA ÉPOCA DEL SERVICIO