

NORTHEAST ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY



Informacion del paciente

Página 1

Mr. Mrs. Ms. Miss Dr. _____
Nombre Segundo nombre/ Apellido / Apodo
Direccion _____ Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____
Numero De Casa _____ Numero de Celular _____ Correo Electronico _____
NSS# _____ - _____ - _____ Sexo: Hombre/ Mujer Edad _____ Fecha De Nacimiento ____/____/____ Soletro(a)/Casado(a)/Viudo(a)/Diverorciado(a)
Empleador _____ Ocupacion _____
Su Dentista _____ Medico/Pediatra _____ Ortodoncista _____
Quien lo Refirio a Nuestra Oficina? Dentista Medico/Pediatra Ortodoncista Amigo (a) _____ Otro
Usted o Cualquier Miembro de su familia ha estado en esta oficina antes? No Si Si? En que año? _____
Quien _____ Relacion _____
El paciente es un estudiante? si no Nombre de escuela _____
Contacto de emergencia _____ Relacion _____ Telefono _____

Alguien que no sea el paciente es responsable de esta cuenta? no Si En caso afirmativo, por favor llene la siguiente informacion
Nombre y Apellido _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ NSS# _____ - _____ - _____ Numero de casa/celular _____
Direccion _____ Ciudad/Estado _____ Codigo Postal _____
Relacion al Paciente _____ Ocupacion _____ Numero _____

INFORMACION DE COBERTURA DE SEGURO PRIMARIO

Seguro Dental Primario copia de tarjeta
Nombre de la compañía de seguros _____ Direccion postal _____ Telefono _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Telefono del asegurador _____
Relacion al paciente _____ NSS# _____ - _____ - _____ Numero de identificacion del plan _____
Nombre del empleador _____ Numero del grupo# _____

Seguro Medico Primario copia de tarjeta
Nombre d la compañía de seguros _____ Direccion postal _____ Telefono _____
Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Relacion al paciente _____ NSS# _____ - _____ - _____ Numero de identificacion del plan _____
Nombre del empleador _____ Numero del grupo _____

Entiendo al firmar esta declaracio que soy financieramente responsable ante Northeast Oral & Maxilofacial Surgery (NEOMS) de todos los honorarios incurridos y todos los costos de cobranza, incluidos, entre otros, los servicios, cobranza, agencia de cobranza y cargos de abogados, si es necesario. . Por la presente autorizo a la compañía de seguros del asegurado a pagar directamente a NEOMS todos y cada uno de los beneficios que de otro modo me pagaran. Adems, autorizo la divulgacion de informacion medica con el fin de evaluar y administrar reclamaciones de beneficios

Firma del paciente o padre/guardian si el paciente es menor de edad

Nombre en letra de molde

