TRAILRIDGE FAMILY DENTAL

205 West Hwy 95 PO Box 420 Parma, ID 83660
www.trailridgefamilydental.com
e-mail: trailridgefamilydental@hotmail.com

Registro De Pacientes

Nombre:_____ El Nombre preferido:_____

Dirección:_____Ciudad_____Estado_____Codigo_____

Teléfono en casa_____ Trabaje Teléfono_____

Teléfono cellular:_____ Correo electronic:_____

¿Cómo preferiría usted ser contactado? ❑Casa ❑Cellular ❑Trabajo ❑Texto ❑Correo electronic

Número del seguro social:_____ La fecha del Nacimiento_____

Empleador:_____ Ocupación:_____

El Estado civil: ❑Soltero ❑Casado ❑Divorciado ❑Enviudado Género: ❑Hombre ❑Mujer

Nombre de Esposa/Esposo:_____

Esposa/Esposo Empresario:_____ Ocupación:_____

Contacto de emergencia: Nombre:_____ Teléfono:_____ Relación:_____

Si paciente es un menor, da por favor el padre o el nombre de guardián:_____

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

¿Cómo se enteró usted de nosotros? ❑ La Referencia paciente (el Nombre de Paciente)_____ ❑ Otro _____

INFORMACION de SEGURO

Los suscriptores Denominan:_____ La relación al Paciente:_____

Suscriptor identificación:_____ Fecha de Nacimiento de suscriptor:_____

El seguro Co:_____ El grupo#:_____

¿Es cubierto el paciente por seguro adicional? ❑Si ❑No

Los suscriptores Denominan:_____ La relación al Paciente:_____

Suscriptor identificación:_____ Fecha de Nacimiento de suscriptor:_____

El seguro Co:_____ El grupo#:_____

La TAREA Y SUELTA

Certifico que yo (o mi Dependiente) tiene cobertura como indicado y asigna directamente a esta oficina todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mí para servicios rendidos. Comprendo que soy financieramente responsable de todas las cargas sin tener en cuenta si pagado por seguro. Autorizo al médico a soltar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los sumisiones de seguro.

Firma responsable de Partido:_____ Fecha:_____