

FORMULARIO DE INSCRIPCION



INFORMACION DE PACIENTE

Paciente es: Partido Responsable Niño (menor de 18 años)
Primer Nombre _____
Apellido _____
Correo Electrónico _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado/Código Postal _____
Número Telefónico _____
Número Telefónico del Trabajo _____
Número de Teléfono Celular _____
¿Paciente Actual? Sí No
Sexo: Masc. Fem.
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado
Número de Seguro Social _____
Empleador _____
Dirección del Trabajo _____
Contacto de Emergencia _____
Relación con el Paciente _____
Número Telefónico _____

¿Quién le refirió? (Marque cualquiera que se aplique)
 Cache Valley Classifieds Cache Valley Direct
 Guía Telefónica La Compañía Aseguradora Radio
 Búsqueda por Internet Por Casualidad Home Town Values
 Redes Sociales Otro _____
 Referencia actual del paciente _____

PARTIDO RESPONSABLE

(Tutor del paciente, si es menor de 18 años)

Primer Nombre _____
Apellido _____
Correo Electrónico _____
Domicilio _____
Address _____
Ciudad _____ Estado/Código Postal _____
Número Telefónico del Trabajo _____
Número de Teléfono Celular _____
Sexo: Masc. Fem.
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado
Número de Seguro Social _____
Número de Licencia de Conductor / Estado _____
Empleador _____
Dirección del Trabajo _____

INFORMACION DE ASEGURANZA PRIMARIA

Aseguranza Primaria _____
Empleador _____
Dirección de la Compañía Aseguradora _____
Número Telefónico _____
Nombre de la Persona Asegurada _____
Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada _____
Número de Identificación / Número de Grupo _____
Relación con el Paciente _____

INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA

Aseguranza Secundaria _____
Empleador _____
Dirección de la Compañía Aseguradora _____
Número Telefónico _____
Nombre de la Persona Asegurada _____
Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada _____
Número de Identificación / Número de Grupo _____
Relación con el Paciente _____

AUTORIZACION Y LIBERACION

Confirmando que, en lo mejor de mi conocimiento, toda la información proporcionada en este formulario es correcta. Autorizo a mi compañía aseguradora el pago directo a Logan Peak Dental de todos los beneficios del seguro, pagaderos de otra manera a mí. Autorizo el uso de esta firma en cualquier comunicación con la compañía aseguradora. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para obtener pago por los beneficios del seguro. Entiendo que Logan Peak Dental no puede administrar tratamiento bajo la suposición de que los cargos se pagarán por la compañía aseguradora. Entiendo que mi aseguradora dental puede pagar menos que la factura real por servicios, y que soy responsable económicamente por todos los cargos no pagados por mi aseguradora dental. Entiendo que, al no pagar, se tomarán medidas de recaudación y que yo seré responsable por los cargos de recaudación y por los honorarios legales.

Firma _____

Fecha _____

LOGAN PEAK DENTAL

981 S. Main St. • Suite 260 • Logan, UT • (435) 787-0222 • www.LoganPeakDental.com