



FORMULARIO DE ACTUALIZACION DEL PACIENTE DE ACE FAMILY DENTAL CARE

DATOS DEL PACIENTE

Nombre : _____
 Apellido _____ Nombre de pila _____ Segundo nombre _____ Título _____

Nombre preferido : _____ Hombre Mujer

Dirección : _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

SSN : _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono particular : _____ Teléfono laboral _____

Teléfono móvil : _____ Correo electrónico _____

Empleador : _____ Ocupación _____

Estado civil : Pareja de hecho Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

NOTA: Nos pondremos en contacto con usted por correo electrónico o por teléfono para confirmar la cita.

Actualizacion del historial médico

¿Ha habido algún cambio en su salud desde la última visita? El mismo Esposa

Hijo/a

Si es así, explíquelo _____

¿Toma actualmente algún tipo de medicación?

Si es así, explíquelo _____

¿Es alérgico/a a algún medicamento?

Si es así, explíquelo _____

¿Ha estado hospitalizado durante los últimos años?

Si es así, explíquelo _____

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No Fecha prevista : _____

Secundario del Seguro

Relación del paciente con el suscriptor El mismo Esposa Hijo/a

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento del _____

SSN/ID del suscriptor _____ Empleador del suscriptor _____

Nombre de la compañía aseguradora _____

Dirección de la compañía aseguradora _____

Teléfono de la compañía aseguradora _____ Número de grupo _____ Nombre del Grupo _____

CESION Y DIVULGACION

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) estamos cubiertos por un seguro y asigno a **Ace Family Dental Care** directamente todos los beneficios de ésta, si los hubiere, o que me sean abonados a mi por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos. Por la presente autorizo al dentista a divulgar toda la información necesaria para garantizar los pagos de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros..

Firma de la parte responsable _____

CONSENTIMIENTO: Consiento los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento necesarios por el dentista para una tención dental adecuada.

Relación _____ Fecha _____ Firma del padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____