

2025 (Spanish) Patient Registration

Information de Paciente

Nombre -	Apellido -	El segundo nombre -
Nombre preferido -	Fecha de nacimiento -	Dirección Residencial -
Ciudad -	Estado -	Código Postal -
Genero o Sexo -	Numero de Seguro Social -	

Información de contacto del paciente

Coreo Electronico -	Numero de Teléfono de Casa -	Numero de Teléfono Celular -
------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Información del Responsable

Nombre Completo -	Dirección -	Ciudad -
Estado -	Código Postal -	Numero de Teléfono de Casa -
Numero de Teléfono Celular -	Social Security Number -	

Información de contacto de Emergencia

Nombre Completo -	Numero de Teléfono -	Relación a Paciente -
----------------------	-------------------------	--------------------------

Informacion de Seguro Dental Primario

Nombre del Suscriptor(a) -	Fecha de Nacimiento del Suscriptor(a) -	Compañía de Seguro -
Relación a Paciente -	Numero de Identificación Dental -	Numero de Grupo Dental -
Nombre de Empleado -	Firma Electronico (ESign) Date :	

Secondary Insurance Information

Nombre del titular de la póliza -	Fecha de nacimiento del titular de la póliza -	Relacion a paciente -
Nombre de la compañía de seguro -	Numero de Identificación del Seguro -	Numero de Grupo -

Disclaimer

Autorizo la divulgación de toda la información médica a mi compañía de seguros, médico o dentista según se considere necesario según el juicio profesional de mi cirujano oral. Asigno todos los beneficios del seguro a los que tengo derecho a OM3 Surgery. Esta cesión permanecerá en efecto hasta que sea revocada por mí, por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. Entiendo que como la parte responsable soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de cualquier cobertura de seguro, incluyendo todos los honorarios de laboratorio para guías quirúrgicas y coronas temporales, aletas o dentaduras postizas. Entiendo y acepto que si la factura no se paga en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a los servicios prestados, se me cobrarán intereses a una tasa del 12% anual, compuesta mensualmente sobre cualquier saldo adeudado.

HE COMPLETADO Y LEÍDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y LA ENTIENDO.

Paciente/ Persona Responsable (ESign)

Fecha

Date :