

FORMA PARA PACIENTES NUEVOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono diurno: () _____ Teléfono vespertino: () _____

¿Se puede dejar un mensaje de voz en su teléfono con respecto a los recordatorios de citas? Sí No _____

¿Se puede enviar un mensaje de texto a su teléfono con respecto a recordatorios de citas? Sí No _____

Padre / tutor (si el paciente es menor de 18 años) Nombre: _____

Teléfono: () _____ Correo electrónico: _____

Relación con el paciente: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: () _____

Relación con el paciente: _____

Política financiera de la oficina:

Cordido Dental Pros, PLLC está fuera de la red con seguro y no acepta Medicare ni Medicaid. Entiendo que las tarifas del tratamiento deben pagarse en su totalidad antes de la entrega final.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento de los medios:

Doy a Cordido Dental Pros, PLLC mi consentimiento para tomar y usar fotografías (que pueden incluir la cara completa) para su uso en la planificación del tratamiento clínico, para la coordinación del tratamiento con otros especialistas involucrados en el tratamiento y con fines educativos (enseñanza y conferencias).

Firma del paciente: _____ Fecha: _____