Cordido Dental Pros

Your Healthy and Customized Smile.

FORMA PARA PACIENTES NUEVOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
Apellido Nombre Medio Mes/ Día / Año

Dirección:_____ Apt:_____ Ciudad: _____ Estado:_____ Zip_____

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

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

Nombre Completo:_____ Telefono: ( )_____

Correo electrónico: _____ Relación con el paciente:_____

Contacto de emergencia:

Nombre Completo:_____ Telefono: ( )_____

Relación con el paciente:_____

Contacto de emergencia:

Nombre Completo:_____ Telefono: ( )_____

Relación con el paciente:_____

Autorización para compartir información

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre el uso de su información médica protegida (PHI). Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

¿LE OTORGA A NUESTRA OFICINA PERMISO PARA DISCUTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA CON OTRA PERSONA O ENTIDAD?

____NO ____ SÍ, SÓLO INFORMACIÓN MÉDICA

____ SÍ, SÓLO INFORMACIÓN FINANCIERA ____ SÍ, INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA

En caso afirmativo, proporcione su nombre, relación y número de teléfono.
Nombre: _____ Relación: _____ teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ teléfono: _____

¿PODEMOS DEJAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL EN SU MÁQUINA CONTESTADORA / CORREO DE VOZ?
____SÍ ____NO En caso afirmativo, número (s) de teléfono: _____

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.

Consentimiento de los medios:
Doy a Cordido Dental Pros, PLLC mi consentimiento para fotografías (que pueden incluir la cara completa) con fines educativos (enseñanza y conferencias).

Firma: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____