



Sparks Location
2145 Green Vista Dr.
Sparks, NV 89431
775.331.9477

Fallon Location
2152 Reno Hwy. #B
Fallon, NV 89406
775.423.9453

Perry Francis DDS
www.waskids.com

Gracias por tomarse el tiempo para completar estos formularios.

NOMBRE DEL PACIENTE: PRIMERO		APELLIDO		MEDIO		NOMBRE PREFERIDO (OPCIONAL)	
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)		GÉNERO M H(F)		DIRECCIÓN DEL HOGAR (Número, Calle, Ruta, Etc.)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DOMICILIARIO (XXX-XXX-XXXX)		TELÉFONO CELULAR (XXX-XXX-XXXX)		OTRO TELÉFONO (XXX-XXX-XXXX)
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EXAMPLE@DOMAIN.COM):							
ESTADO MARCIAL DE PADRES (Marque uno)		CASADO	SOLTERO	APARTADO	DIVORCIADO	VIUDO	COMPAÑERO
¿CON QUIEN VIVE EL PACIENTE?				¿A quién informamos?			

Proporcione la siguiente información si el paciente es menor de 18 años o tiene un tutor legal

¿Quién es responsable del pago de los servicios?				RELACIÓN CON EL PACIENTE:			
PRIMER NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente del paciente)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
Empleador	posición		Trabajo # ¿está bien llamar a su trabajo?		Sí No		

¿Quién es responsable del pago de los servicios?				RELACIÓN CON EL PACIENTE:			
PRIMER NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente del paciente)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
Empleador	posición		Trabajo # ¿está bien llamar a su trabajo?		Sí No		

Primary Dental Insurance:

TITULAR DE LA POLÍTICA SECUNDARIA: PRIMERO NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
Empleador	Número de grupo (primario)		Nombre del seguro dental (primario)		Sí No		
Dirección de seguro dental (primaria)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO (XXX-XXX-XXXX)							

INFORMACIÓN DE POLÍTICA SECUNDARIA (SI CORRESPONDE):

TITULAR DE LA POLÍTICA SECUNDARIA: PRIMERO NOMBRE		APELLIDO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
Empleador	Número de grupo (secundario)		Nombre del seguro dental (secundario)		Sí No		
Dirección de seguro dental (secundario)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL SEGURO (XXX-XXX-XXXX)							

¿A quién podemos agradecerle por referirlo a nuestra práctica?

				Nombre			
CONTACTO DE EMERGENCIA: PRIMERO NOMBRE		APELLIDO		TELÉFONO CELULAR (XXX-XXX-XXXX)		RELACIÓN CON EL PACIENTE:	

Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental adecuado. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo, con el fin de evaluar y administrar los reclamos por los beneficios del seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo a otro dentista. Por la presente, autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al dentista, de lo contrario, pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros de atención dental o pagador de mis beneficios dentales puede pagar menos que la factura o los servicios reales. Entiendo que soy financieramente responsable del pago completo de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos previos en contrario y acepto ser responsable del pago de los servicios no pagados, en todo o en parte, por mi pagador de cuidado dental. Doy fe de la exactitud de la información en esta página.

Firma:				Fecha:			
--------	--	--	--	--------	--	--	--