



Dominion 1 Dental Group PLLC

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**INICIALES SI NO HAY CAMBIO OH NO A SIDO MAS DE 6 MESES(\_\_\_\_\_)**

Fecha actual:		PCP:	
<b>INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE</b>			
Nombre del paciente:		Primero:	Medio de:
		<input type="checkbox"/> Señor. <input type="checkbox"/> señora.	<input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms.
		Estado civil (círculo uno) Único / el Mar / Div / Sep / Wid	
¿Es su nombre legal?	Si no es así, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre anterior):	Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No			/ /
		Edad:	Sexo:
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de calle:		Seguridad social no.:	Inicio teléfono no.:
			( )
P.o. box:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Ocupación:	Empleador:	Empleador teléfono no.:	
		( )	
Cmanguera clínica porque / referidos a clínica por (marque una casilla):		<input type="checkbox"/> Dr..	Plan de seguro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> familia	<input type="checkbox"/> amigo	<input type="checkbox"/> cerca del hogar o trabajo	Páginas amarillas de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros
Otros miembros de la familia ver aquí:			

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO</b>					
(Indique su tarjeta del seguro a la recepcionista).					
Responsable de proyecto de ley:	Fecha de nacimiento:	Dirección (si es diferente):		Inicio teléfono no.:	
	/ /			( )	
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No					
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:		Empleador teléfono no.:	
				( )	
¿Este paciente es cubierto por el seguro? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No					
Por favor, indique el seguro primario <input type="checkbox"/> [SEGURO] <input type="checkbox"/> [MEDICAID] <input type="checkbox"/> [CHIP] <input type="checkbox"/> [CASH]					
Nombre del suscriptor:	Suscriptor de S.S. no.:	Fecha de nacimiento:	Grupo no.:	Política no.:	Copago:
		/ /			\$
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> uno mismo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> otros					
Nombre de la secundario seguro (si aplica):		Nombre del suscriptor:		Grupo no.:	Política no.:
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> uno mismo <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> otros					

<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre del amigo local o relativa (no viven en la misma dirección):		Relación con el paciente:	Inicio teléfono no.:
			( )
			Teléfono de trabajo no.:
			( )
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mi seguro de beneficios se pagan directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. También autorizo a [nombre de la práctica] o compañía de seguros para liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo.			
Firma del paciente o tutor		Fecha	