

# REGISTRO DE PACIENTES

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## Información De Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono De Casa \_\_\_\_\_ Teléfono De Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono De Celular \_\_\_\_\_  
Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Estado Civil: Casado \_\_\_ Soltero \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Separados \_\_\_ Viudo \_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Empleo: Tiempo Completo \_\_\_ Tiempo Parcial \_\_\_ Retirado \_\_\_  
¿Cómo escuchó de nuestra oficina?: \_\_\_\_\_

## Información De Parte Responsable Que No Es El Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Número De Seguro Social \_\_\_\_\_  
Derección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono De Casa \_\_\_\_\_ Teléfono De Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono De Celular \_\_\_\_\_

## Información De Seguro Primeria

Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación Al Asegurado : Yo \_\_\_ Esposo/Esposa \_\_\_ Hijo \_\_\_  
Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero De Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Compañía De La Seguridad \_\_\_\_\_

## Información De Seguro Secundaria

Nombre Del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación Al Asegurado : Yo \_\_\_ Esposo/Esposa \_\_\_ Hijo \_\_\_  
Fecha De Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero De Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Compañía De La Seguridad \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

Aunque el personal dental trata principalmente el área alrededor de su boca, Su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que está tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo tratamiento medico?  Si  No Sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado?  Si  No Sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna vez un golpe grave en la cabeza o cuello?  Si  No Sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Está usted tomando algún medicamento o pastillas?  Si  No Sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tomado o está tomando Phen-Fen o Redux?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Está en una dieta especial?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Usa tabaco o fuma?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Usted utiliza drogas?  Si  No \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está Embarazada  Si  No Tomando anticonceptivos orales  Si  No Lactando  Si  No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?  
 Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestésicos locales   
 Otros sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido cualquiera de los siguientes?

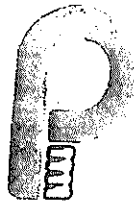
- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| SIDA/HIV Positivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              | Medicamento Cortisona <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No  | Hemofilia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                     | Diálisis renal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                  |
| Enfermedad de demencia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No         | Diabetes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No               | Hepatitis A <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                   | Fiebre reumática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                |
| Anafiláctico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                   | Adicción de las drogas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No               | Reumatismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                      |
| Anemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                         | Falta de aire <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          | Herpes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                        | Fiebre Escarlatina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              |
| Angina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                         | Glaucomas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              | Presión arterial alta <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No         | Herpes zoster <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                   |
| Artritis/Gota <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                  | Enfisema pulmonar <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No      | Ronchas o erupción cutánea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No    | Células falciformes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No             |
| Válvula del corazón artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Decomisos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              | Hipoglucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                  | Problemas del seno <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              |
| Empalme artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No             | Sangrando excesivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No     | Latido irregular del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No  | Espina Bífida <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                   |
| Asma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                           | Sed Excesiva <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No           | Problemas de riñones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          | Problema Gastrointestinal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       |
| Enfermedad de la sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No        | Desmayos/Mareado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       | Leucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                      | Problema Cerebrovascular <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No        |
| Transfusión de sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          | Tos frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          | Enfermedades del Hígado <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       | Inflamación de las extremidades <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Problemas respiratorios <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No        | Diarrea frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No      | Presión arterial baja <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No         | Enfermedad de Tiroides <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          |
| Moretones fácilmente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No           | Dolores de cabeza <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No      | Enfermedad pulmonar <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No           | Amigdalitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                     |
| Cáncer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                         | Herpes genitales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       | Prolapso de la válvula mitral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                    |
| Quimioterapia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                  | Fiebre del heno <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No        | Dolor en la quijada <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No           | Tumores o crecimientos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No          |
| Dolores en el pecho <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No            | Ataque del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No     | Enfermedad paratiroidea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       | Ulceras <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                         |
| Herpes labial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                  | Soplo de corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No       | Atención psiquiátrica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No         | Enfermedad Venérea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              |
| Desorden del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No           | Marcapaso <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No              | Tratamiento de Radiación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No      | Ictericia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                       |
| Convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                   | Problemas del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No  | Perdida de peso <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No               |   |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura arriba?  Si  No

Sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Confirmando que las preguntas de esta forma se han contestado correctamente y entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio medico.

Firma del paciente, padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Pioneer Dental Center and Orthodontics

## POLÍTICA DE LA OFICINA DE PIONEER DENTAL CENTER

Aquí en Pioneer Dental Center le damos bienvenida a nuestra clínica. Su salud y bienestar son nuestras principales preocupaciones. Esperamos que la siguiente información responda a sus preguntas sobre nuestros servicios y políticas.

### INFORMACIÓN GENERAL

Nuestra oficina está abierta para servirle a usted durante las horas siguientes:

9:00 – 5:00 Lunes al Viernes

9:00 – 5:00 Sábado

10:00 – 4:00 Domingo (nuestra oficina está abierto solamente una Domingo al mes)

Nuestra oficina está abierta los fines de semana y algunos festivos. Si tienes una cita durante estos días y usted no nos notifica dentro de 24 horas que usted necesita cancelar o reprogramar, habrá un cargo de \$100.00 a su cuenta. En el caso de una emergencia médica, llame al 911.

*Las horas son  
susceptibles cambiar  
según la temporada*

### CITAS

Los pacientes son atendidos con cita previa y también acepta sin cita. Nuestra información de contacto es:  
110 W. Yakima Valley Highway  
Sunnyside, Wa 98944  
(509) 837-2200

Hacemos todo lo posible para estar a tiempo para nuestros pacientes y pedir que extienda la misma cortesía a nosotros. Si usted no puede mantener su cita con nosotros, por favor llame al menos 24 horas de anticipación para que podamos utilizar el tiempo reservado para usted para otro paciente.

### REGISTRO

En su primer visita a Pioneer Dental Center, se le pedirá información básica para establecer su expediente médico y cuenta. Favor de traer su información de seguro actual en ese momento y notificar a nuestra oficina de cualquier cambio de nombre, dirección, número de teléfono o seguro tan pronto como sea posible.

### POLÍTICA DE PAGO

Los gastos son pagaderos en el tiempo de tratamiento o el servicio es dado. Independientemente de su cobertura de seguro dental, nuestra oficina depende de usted para pagar tu cuenta. Para su comodidad, le ofrecemos las siguientes opciones de pago:

1. Pago en su totalidad o pago de la porción que su seguro no cubre (deducible o copago) el día que se presta el servicio.

2. El uso de su VISA, MASTERCARD, DISCOVER o AMERICAN EXPRESS, cheques o efectivo. (Hay un cargo de sobregiro de \$30.00 por cheques sin fondos y tarjetas de crédito)

Si necesita cualquier otro mecanismo, por favor hable con nuestro personal de la oficina antes de recibir el servicio. Se cobrará un cargo por intereses del 1.5% mensual (18% por año) en las cuentas después de 60 días.

### SEGURO

Como cortesía para usted, nuestra oficina presentará su reclamación inicial de seguro primario para usted proporcionando que nos han dado información de seguros actual antes de los servicios prestados. Envíos posteriores en caso de que su compañía de seguros no pague por nuestros servicios son su responsabilidad.

Cobertura de la póliza varía de un plan de seguro a otro, lo mismo que las tasas "habituales, acostumbradas y razonables" que se han establecido diversos seguros. Nuestros honorarios son aceptados por la mayoría de los planes, pero de vez en cuando uno de nuestros pacientes es notificado que nuestros servicios superan "UCR cargos". Nuestro acuerdo contractual es con usted, nuestro paciente, no su compañía de seguros. Deben existir una disputa relacionada con el servicio prestado o la carga de ese servicio, la solución de ese conflicto con su compañía de seguros es entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no está involucrada en la solución de tales conflictos. Usted es responsable de los servicios proporcionados a usted. Con ciertas organizaciones de proveedores preferidos (PPO), contratos especiales podrán aplicar.

Nombre

Firma

Fecha Firmada

# Declaración de Prácticas de Privacidad

## Broadmoor Family Dentistry & Orthodontics

Nuestra oficina está dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y la información confidencial que nos confiaron. El compromiso de cada empleado es de asegurarse que su información de salud no este puesta en peligro, en lo cual es una prioridad de nuestra práctica. Nosotros, de vez en cuando, podemos modificar nuestra privacidad y practicas pero siempre le informaremos de cualquier cambio que pueda afectar sus derechos.

### Proteger Su Información de Salud Personal

Nosotros usamos y revelamos información recopilada de usted solo según lo permitido por la ley de potabilidad y responsabilidad de seguro de salud y el estado de Washington. Esto incluye cuestiones relativas a su tratamiento, pago y nuestras operaciones de cuidado dental. De lo contrario su información médica personal nunca se le dará a nadie, incluyendo familiares suyos, sin su consentimiento por escrito. Usted por supuesto puede dar por escrito la autorización para que podamos revelar su información a cualquier persona que elija, para cualquier propósito.

Nuestras oficinas y sistemas electrónicos son seguros de acceso no autorizado y nuestros empleados están entrenados para asegurar que la confidencialidad de sus registros este siempre protegida. Nuestra póliza de privacidad y las prácticas se aplican a todos los pacientes anteriores, actuales y próximos, así puede estar seguro de que su información de salud protegida nunca será mal divulgada o lanzada.

### Recolección de Información de Salud Protegida

Solo solicitaremos información personal necesaria para proporcionar nuestro estándar de atención dental de calidad, implementar actividades de pago, realizar operaciones de práctica dental normal y cumpla con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, números de teléfono, número de seguro social, fecha de nacimiento, historia médica, registro de salud, etc. Mientras que la mayoría de la información será coleccionada por usted, podemos obtener información de terceros si se considera necesario. Independientemente de la fuente, su información personal estará siempre protegida con todo el rigor de la ley.

### Revelación de su Información de Salud Protegida

Como se mencionó anteriormente, podemos revelar la información requerida por la ley. Estamos obligados a proporcionar información a los funcionarios de ley y oficiales de gobierno bajo ciertas circunstancias. Podemos utilizar y/o revelar su información de salud para comunicar el recordatorio de citas, incluyendo mensajes en: correo de voz, contestadoras, correo electrónico, textos y postales.

### Derechos del Paciente

Usted tiene derecho a solicitar copias de su información de salud; de solicitar copias en una variedad de formatos y de solicitar una lista de situaciones en las que nosotros y/o nuestros socios, han revelado su información protegida para usos en los que se indican anteriormente. Todas estas solicitudes deben ser por escrito. Podemos cobrar por sus copias en cualquier cantidad permitida por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le rogamos que nos notifique inmediatamente.

Le agradecemos por ser un paciente en nuestra oficina. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad y la protección de información personal de salud.

## Reconocimiento de Recibo de Estado de las Prácticas de Privacidad

Reconozco que ha recibido una copia de la Declaración de Practicas de Privacidad para la oficina de Broadmoor Family Dentistry and Orthodontics. La Declaración de Practicas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información de salud protegida que ocurre en mi tratamiento, pago de servicios, o en las actuaciones de operaciones de atención medica de la oficina.

La Declaración de Practicas de Privacidad también describe mis derechos y la responsabilidad y deber a esta oficina con respecto a mi información de salud protegida. La Declaración de Prácticas de Privacidad también se registra en las instalaciones.

Broadmoor Family Dentistry se reserva el derecho de cambiar las Prácticas de Privacidad que se describen en la Declaración de Practicas de Privacidad. Si cambia la privacidad, se me ofrecerá una copia revisada de la Declaración de Practicas de Privacidad en la visita de tiempo después de las revisiones en vigencia. También puedo obtener una Declaración de Practicas de Privacidad revisada solicitando una sea enviada a mi.

<b>Autoridad de Divulgación Adicional</b>		
Además de las revelaciones permitidas en la declaración de prácticas de privacidad, queda específicamente autorizo la divulgación de mi información protegida de salud a las personas que se indican continuación.		
CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA MAS SERCANA	SI	NO
SOLO MI CONYUGE	SI	NO
OTRO (FAVOR DE ESPECIFICAR)	SI	NO

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

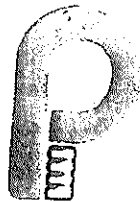
\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

OFFICE USE ONLY BLOW THIS LINE  
RECORD OF ACKNOWLEDGEMENT NOT OBTAINED

Provided prior to treatment: YES NO  
Date Provided: \_\_\_\_\_

Reason for Denial:

- We needed more time to review statement of Privacy Practices
- Wanted to consult with another person before signing
- Unable to sign
- Reason not given
- Other (expalin) \_\_\_\_\_



**Pioneer Dental Center  
and Orthodontics**

Nos gustaría darle las gracias por elegirnos como su proveedor Dental. Nuestro personal hará todo lo posible para asegurar que su experiencia en nuestra oficina es una positiva. Debido a esto, nos gustaría ser lo más eficiente posible en darle la mejor atención disponible. Por favor, sabe que todo esfuerzo es realizado por nuestro personal para verificar las citas por teléfono con usted el día laborable antes de su cita. Por lo tanto, es necesario que usted notifique a la Oficina dentro de 24 horas de la intención de cancelar o reprogramar una cita. Se impondrá un cargo de \$35.00 para las citas de lunes a jueves a los pacientes que no cancelar o reprogramar dentro del plazo de notificación de crítica. Se impondrá un cargo de \$100.00 para las citas de viernes a domingo a los pacientes que no cancelar o reprogramar dentro del plazo de notificación de crítica.

Si tienen preguntas o preocupaciones, por favor preguntar a cualquiera de los funcionarios de la Oficina. Serían más que encantados de ayudarle. Gracias por su cooperación y comprensión en este asunto. Miramos adelante a proporcionarle la mejor atención posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha firmada

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha firmada

# *Pioneer Specialist Services* *P.L.L.C*

## **Cita de cancelación (política)**

Nos damos cuenta que la vida no siempre va según lo planeado. Sin embargo, para una cita con el especialista, requerimos que nuestros pacientes proporcionen al menos un día (24 horas) de aviso si necesita cancelar o reprogramar una cita por cualquier motivo.

Debido a que una cita con el especialista es muy difícil reasignar a corto plazo, habrá un cargo mínimo de \$200.00 para una cita perdida o cancelada con menos de 24 horas de aviso. Si se produjera un cargo, no seremos capaces de hacer una nueva cita hasta que el balance ha sido absuelto.

Al firmar, estoy diciendo que he leído la política de cancelación de la cita, y estoy de acuerdo con los términos explicados.

---

**Firma Del paciente (o responsable) :**

**Fecha:**

---

**Nombre:**

## Información Financiera

Cuidar de usted y su familia es nuestra más alta prioridad. Por eso, cuando hablamos de finanzas, nuestro objetivo es brindarle información clara sobre nuestros honorarios dentales y sus opciones de pago. Al inicio del tratamiento, le proporcionaremos una estimación de los honorarios esperados. Las necesidades de tratamiento pueden cambiar por una variedad de razones imprevistas. Siempre que sea posible, le informaremos sobre cualquier cambio en el tratamiento que afecte su presupuesto financiero.

Al estimar la cobertura del seguro, también debemos enfatizar el cálculo aproximado porque los beneficios dentales están determinados por el contrato dental de cada paciente. La mayoría de los planes de seguro dental están diseñados para ayudar a los pacientes con sus gastos dentales. Muy pocos planes dentales cubren por completo todos los servicios dentales.

Como cortesía hacia usted, archivaremos sus formularios de seguro, pero no aceptamos la responsabilidad de cobrar su reclamo de seguro o negociar un acuerdo sobre un reclamo disputado. La cobertura de seguro, el reembolso y los beneficios son un contrato entre usted y su compañía de seguros.

**Lea e inicie cada declaración y fecha a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, consúltenos; estamos aquí para ayudarlo.**

Lea e inicie cada declaración y fecha a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, consúltenos; estamos aquí para ayudarlo.

\_\_\_\_\_ Recibiré una confirmación de cita al menos 1 día antes de mi cita. Entiendo que hay una tarifa de cancelación de \$ 35 por citas canceladas o interrumpidas sin aviso previo de 24 horas.

\_\_\_\_\_ Se aplicará un cargo financiero anual del 18% a cualquier saldo en cuentas con vencimiento de 90 días. Los cargos financieros mensuales son del 1.5%, con un mínimo mensual de .50.

\_\_\_\_\_ Mi porción estimada y los copagos por el tratamiento prestado vencen en el momento del servicio a menos que se hayan hecho arreglos previos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Plan de tratamiento que se me proporcionó es para mis futuras necesidades de tratamiento y solo es un cálculo aproximado de mis beneficios de seguro. Soy responsable de todos los cargos, incluidos los cargos por financiamiento.

\_\_\_\_\_ Reconozco y entiendo que, en última instancia, soy responsable de conocer y comprender los beneficios de mi seguro dental.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable del pronto pago de mi cuenta, independientemente de cualquier reclamo o acuerdo de seguro pendiente.

\_\_\_\_\_ Reconozco y entiendo que Pioneer Dental es un proveedor preferido de Delta Dental de Washington, Regence, Metlife, Cigna, Assurant, Director, Guardian, Aetna, Premera y Geha ÚNICAMENTE. Es mi responsabilidad saber si mi compañía de seguros requiere que vea a uno de sus proveedores preferidos.

\_\_\_\_\_ Reconozco y entiendo que incluso si tengo cobertura doble, puede haber instancias en las que los dos seguros no pagarán el 100%. En tales casos, soy responsable de cualquier cantidad no pagada por seguro (s).

### Persona financieramente responsable

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Licencia de Conducir # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cremallera \_\_\_\_\_ Social # \_\_\_\_\_

He leído toda la información en este formulario y la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Notificaré a Broadmoor Dental de cualquier cambio en mi información personal, plan de seguro y / o estado de salud.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_