

Fecha: ___/___/___



Paciente información - Página 1

Nombre legal: (Pasado) (primera) (medio inicial)			Nombre preferido:
Sexo legal (el valor de sexo al nacer): <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino			Fecha de nacimiento: día/mes/año ___/___/___
Número de seguro social: ____-____-____		Dirección de correo electrónico:	
Teléfono de casa: (____)____-____ ¿OK para dejar correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono celular: (____)____-____ ¿OK para dejar correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo: (____)____-____ ¿OK para dejar correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mejor número para uso: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> hogar <input type="checkbox"/> celular
Dirección: (Calle) (ciudad) (estado) (código postal)		Dirección de correo: (Calle) (ciudad) (estado) (código postal)	
Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Empleados a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleados trabajan a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Otros			
Nombre del empleador:			
Dirección del empleador:			
Número de teléfono del empleador:			

La siguiente información es únicamente con fines demográficos y no afectará a su cuidado.

1. ¿Cuál es su ingreso anual? <input type="checkbox"/> \$1-\$27,000 <input type="checkbox"/> \$27,001 - \$33,000 <input type="checkbox"/> \$33,001 - \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001 + <input type="checkbox"/> Sin ingresos 1a. cómo muchas personas ¿(incluyéndote) admite su ingreso? _____	2. que describe la situación de la vivienda (elija uno): <input type="checkbox"/> Propio/alquiler <input type="checkbox"/> Con el amigo/doble altura <input type="checkbox"/> Calle coche <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Otros: ____	3. Grupo racial cheque todos que aplican <input type="checkbox"/> Americano africano/negro Asia <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska nativo <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otros: ____	4. Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino(a) <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino(a) 5. país de nacimiento <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otros: ____
6. preferred Language (seleccione una): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ 7. veteranos <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No un veterano	8. estado civil <input type="checkbox"/> Se casó con <input type="checkbox"/> Se asoció <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Se divorciaron <input type="checkbox"/> Otros: _____	9. que opinas de ti mismo como: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Recta o heterosexuales <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé 10. ¿Cuál es tu género? <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Genderqueer o no exclusivamente masculinos o femeninos	11. migrantes/estacional de los trabajadores agrícolas (en los últimos 2 años): ¿Tiene usted, o cabeza de familia, trabajaron en las labores agrícolas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Hizo usted o cabeza de familia, pasar de esta zona a otro condado o estado en busca de trabajo agrícola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su familia ha ganado más de la mitad de sus ingresos de la agricultura de temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre de contacto de emergencia:	Emergencia número de contacto:
-----------------------------------	--------------------------------

POR FAVOR CONTINÚE A LA SIGUIENTE PÁGINA



Paciente información - Página 2

Información partido responsable

(Persona financieramente responsable por cuenta del paciente)

Si igual que el anterior, ir a la sección de información de seguro

Nombre: (Último) (primera) (medio inicial)			Fecha de nacimiento: Día/mes/año ____/____/____	
Teléfono de casa: (____) ____ - ____	Teléfono celular: (____) ____ - ____	Teléfono del trabajo: (____) ____ - ____	Número de seguro social: ____ - ____ - ____	
Dirección:	(Calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
Dirección de correo:	(Calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)

Información sobre el seguro

Compañía de seguros principal

Nombre de la compañía de seguros:				
Dirección:	(Calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
ID #:	Grupo #:		Nombre del empleador:	
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado: Día/mes/año ____/____/____		Número de seguridad social del asegurado: ____ - ____ - ____	
Dirección del asegurado:	(Calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
Teléfono de casa del asegurado: (____) ____ - ____	Teléfono celular de asegurados: (____) ____ - ____		Teléfono del trabajo del asegurado: (____) ____ - ____	
Relación del paciente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> mismo	<input type="checkbox"/> cónyuge hijo	<input type="checkbox"/> otro

Aseguradora secundaria

Nombre de la compañía de seguros:				
Dirección :	(Calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
ID #:	Grupo #:		Nombre del empleador:	
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado: Día/mes/año ____/____/____		Número de seguridad social del asegurado: ____ - ____ - ____	
Dirección del asegurado:	(Calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
Teléfono de casa del asegurado: (____) ____ - ____	Teléfono celular de asegurados: (____) ____ - ____		Teléfono del trabajo del asegurado: (____) ____ - ____	
Relación del paciente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> mismo	<input type="checkbox"/> cónyuge hijo	<input type="checkbox"/> otro



Consentimiento del paciente y Agradecimientos

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

	INICIAL															
<p>I. Consentimiento para el Tratamiento</p> <p>Por la presente doy consentimiento y autorizo examen y tratamiento a el Proyecto de Salud, Inc. d/b/a Servicios de Salud Langley (LHS) para mí, o, el paciente, por el personal de LHS. La necesidad para examen y tratamiento, y la posibilidad de efectos secundarios indeseables, se explicará por los empleados de LHS. Entiendo que no hay garantía o seguridad, en cuanto a los resultados que se pueden obtener, pero el cuidado prudente normal, será ejercida por empleados de LHS con respecto a mi diagnóstico y tratamiento.</p>																
<p>II. El consentimiento para el tratamiento de un menor <i>sólo complete si el paciente es menor de 18 años de edad</i></p> <p>Yo, como padre o tutor legal del paciente, _____, por la presente doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento. Además, autorizo a las siguientes personas a autorizar el Tratamiento Médico en mi ausencia:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 45%;">1. _____</td> <td style="width: 55%;">Relación con el paciente: _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>Relación con el paciente: _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>Relación con el paciente: _____</td> </tr> </table>	1. _____	Relación con el paciente: _____	2. _____	Relación con el paciente: _____	3. _____	Relación con el paciente: _____										
1. _____	Relación con el paciente: _____															
2. _____	Relación con el paciente: _____															
3. _____	Relación con el paciente: _____															
<p>III. Aviso de prácticas de privacidad</p> <p>Reconozco que he recibido aviso de privacidad que describe las maneras en que la práctica utiliza mi información de salud para las operaciones de tratamiento y pago/cuidado de la salud y otros descritos, permitidos por la práctica y divulgación. Entiendo que puedo contactar con el oficial de cumplimiento si tengo alguna pregunta o queja. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el aviso de privacidad de prácticas.</p>																
<p>IV. Divulgación de información</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre la salud puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable de pago en favor del paciente con el fin de verificar cobertura o pago, preguntas o para cualquier otro propósito relacionado con el beneficio de pago. • Si estoy cubierto por Medicaid o Medicare, autorizo la publicación de información de salud a la administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o transportistas para el pago de Medicare una reclamación a la agencia estatal apropiada para el pago de Medicaid. Esta información puede incluir, sin limitación, la historia y registros físicos, de emergencias, informes de laboratorio, tratamiento de drogas y alcohol y Resumen de la descarga. • Leyes federales y estatales pueden permitir esta facilidad para participar en organizaciones con otros proveedores de salud, aseguradores, y otros participantes de la industria del cuidado médico y sus subcontratistas en orden para estas personas y entidades compartir mi información de salud cumplir con objetivos que pueden incluir pero no limitado a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de los registros de mi salud; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y contrastar mi información con fines de mejorar la calidad; y los demás propósitos que puede ser permitidos por la ley. Entiendo que este mecanismo puede ser un miembro de esas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, las condiciones de dependencia de sustancias químicas o enfermedades infecciosas incluyendo pero no limitado a, enfermedades transmitidas por sangre como VIH y el SIDA. <p>Por este medio permito a la práctica y los médicos u otros profesionales de salud involucrados en el cuidado de mi salud para liberar información sanitaria con fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.</p>																
<p>V. Hogar médico: decido participar en el Centro medico para el paciente (información sobre PCMH esta publicada a través de la clínica).</p>																
<p>VI. Derechos, responsabilidades e información del paciente en el Centro Medico para el paciente</p> <p>Estos documentos se publican en el vestíbulo. Reconozco que he recibido una copia de cada uno.</p>																
<p>VII. Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud protegida (PHI)</p> <p>Proyecto Health, Inc. d/b/a servicios de salud de Langley (LHS) se compromete a garantizar la privacidad y confidencialidad de su información médica. Para ayudarnos a proteger su privacidad, por favor complete la siguiente información:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: center;">(Marque sí o No)</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Si</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Podemos dejar un mensaje clínico si no hay respuesta?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Podemos dejar un mensaje de preocupación de facturación si no hay respuesta?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Podemos enviar un recordatorio de citas usando mensajes de texto?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>En caso afirmativo, ¿cuál es su compañía de telefonía celular? _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	(Marque sí o No)	Si	No	¿Podemos dejar un mensaje clínico si no hay respuesta?			¿Podemos dejar un mensaje de preocupación de facturación si no hay respuesta?			¿Podemos enviar un recordatorio de citas usando mensajes de texto?			En caso afirmativo, ¿cuál es su compañía de telefonía celular? _____			
(Marque sí o No)	Si	No														
¿Podemos dejar un mensaje clínico si no hay respuesta?																
¿Podemos dejar un mensaje de preocupación de facturación si no hay respuesta?																
¿Podemos enviar un recordatorio de citas usando mensajes de texto?																
En caso afirmativo, ¿cuál es su compañía de telefonía celular? _____																

¿Podemos enviarle un correo electrónico sobre recordatorios y notas clínicas?		
¿Podemos dejar información con alguien que no sea usted con respecto a su atención médica (cambios de medicación, resultados de laboratorio, citas, etc.)? Si (En caso afirmativo, enumere los nombres en el siguiente espacio.) No		
Nombre	Relación	Número de teléfono
** Usted tiene el derecho de revocar a quienes hablamos del cuidado de su salud en cualquier momento. Por favor complete un nuevo consentimiento.		
VIII. Aviso sobre citas Su cita es el tiempo asignado para conocer a su proveedor. La cantidad de tiempo fue basada en sus necesidades. <ul style="list-style-type: none"> Se espera que lleguen 15 minutos antes de su cita. Haremos todo el esfuerzo para verlo a tiempo. Si usted tiene más de 10 minutos de retraso, su proveedor no podrá verlo. De ser así usted puede ser visto en la clínica sin cita, o por otro proveedor, dependiendo de la urgencia de su necesidad y tiempo disponible. Si usted no puede acudir a su cita, es importante hacernos saber 24-48 horas de anticipación. Entonces podemos usar el tiempo para servir a alguien. Esto hace buen uso del tiempo de su proveedor y hace más fácil para todo el mundo en conseguir una cita cuando lo necesitan. Si falta a su cita, su receta no puede volver a llenar hasta llegar a su siguiente cita. 		
IX. Aviso de política con respecto Directivos Avanzadas (<i>en pacientes mayores de 18 años de edad</i>) Directivos Avanzadas son declaraciones legales que indican el tipo de tratamiento médico deseado o no deseado en caso de que un individuo es incapaz de tomar decisiones así como quién está autorizado para hacerlas. Directivas avanzadas están fabricadas y atestiguadas ante lesiones graves. Conforme con la legislación federal y estatal, esto sirve como notificación de que se destinará su directiva avanzada en caso de que tiene un evento en uno de la localidades de Langley Health Services y será trasladado a un nivel superior de atención. Al firmar abajo, usted acepta y entiende esto como notificación. Por favor indique a continuación si usted tiene una directiva avanzada o si le gustaría recibir información sobre las directivas avanzadas. <input type="checkbox"/> Tengo una directiva avanzada. <input type="checkbox"/> No tengo una directiva avanzada. <input type="checkbox"/> Me gustaría recibir información sobre las Directivas avanzadas.		
X. Residentes y estudiantes Entiendo que proyecto salud, Inc. d/b/a servicios de salud de Langley apoya la educación de profesionales médicos y mantiene a los residentes y los estudiantes que pueden asistir en relación con la atención.		
XI. Para beneficiarios de Medicare (<i>SÓLO PARA los PACIENTES CUBIERTOS POR MEDICARE</i>) Certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago en el título XVIII de la ley de Seguridad Social es correcto. Autorizo a cualquier sostenedor de la información médica acerca de mí para liberar a la administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o compañías cualquier información necesaria para este o una reclamación de Medicare relacionada. Solicito hacer pago o beneficios autorizados en mi nombre. Yo Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos o autorizar tal médico u organización para presentar una reclamación a Medicare y solicitud de pago de beneficios de seguro médicos a la parte que acepta la asignación. Permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original, mientras reciba servicios en LHS. Entiendo que soy responsable por mi monto de coseguros servicios cubiertos de Medicare. Entiendo que el deducible de la parte B no se aplica a los servicios de FQHC; sin embargo, debo recibir servicios no cubiertos por FQHC, seré responsable por el deducible de la parte B. He completado una copia de pagador secundario de Medicare(MSP).		

Firma del paciente o padre/tutor

Nombre impreso del paciente o del padre / tutor

Fecha

Firma del testigo

Nombre impreso del testigo

Fecha



Consentimiento informado para procedimientos dentales

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Todos los pacientes completan de 1 a 4 a continuación

Table with 2 columns: PROCEDIMIENTO and INICIALES PARA CONSENTIMIENTO. Rows include: 1. EXÁMENES Y RAYOS X, 2. DROGAS Y MEDICAMENTOS, 3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO, 4. DISFUNCIÓN CONJUNTA TEMPOROMANDIBULAR.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOGRAFÍAS

Yo, _____ (Nombre del Paciente) Entiendo que mi seguro no cubre las radiografías de mordida que son necesarias para el diagnóstico correcto durante el Examen de Nuevo Paciente / examen anual. Entiendo que la cuota es de \$49.00; esta cantidad es mi responsabilidad y debe ser pagada en la cita de Nuevo Paciente /examen anual.

Los seguros que no cubren las mordidas son Staywell/Liberty Prestige/Argus Sunshine/Envolve

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____



Consentimiento para el Tratamiento Dental por el Estudiante

El Departamento Dental de Langley Health Services está participando en un programa para la formación de los estudiantes de odontología, estudiantes de higiene, y los estudiantes de asistente dental. Este programa ofrece atención de calidad para los pacientes, y da a los estudiantes una variedad de experiencias clínicas únicas para un entorno del centro de salud de la comunidad. Los estudiantes están muy adelante en su formación y algunos de ellos ya han completado todos los requisitos clínicos para la graduación.

El personal autorizado en Langley Health Services actuará como instructores clínicos y será supervisado a los estudiantes y evaluar el tratamiento que ofrecen con el fin de asegurar los mejores resultados posibles. Aceptar el tratamiento de los estudiantes aumenta los paciente participantes acceden a las citas que permiten la terminación oportuna del tratamiento necesario. Por favor, siéntase libre de hacer cualquier pregunta sobre el programa en cualquier momento.

Yo, _____, entiendo que un estudiante estará brindando atención
(Nombre del Paciente/Padre/Tutor)

dental a mi o/a mi hijo/hija, _____ que los servicios
(Nombre de su hijo/hija)

prestados por el estudiante estará ofreciendo cuidado dental. Yo doy mi consentimiento para ser tratado por un estudiante. Estoy de acuerdo que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener acerca de este acuerdo.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Testigo de LHS: _____

Historia Médica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Médico: _____ Número del Médico: _____

 Fecha de último examen: _____ ¿Está bajo tratamiento médico ahora? ____ Si ____ No
 ¿Si, para qué? _____

 ¿Ha tenido cualquier enfermedad grave o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años?
 ____ Si ____ No ¿Si, para qué? _____

¿Tiene o ha tenido usted cualquiera del siguiente? (Por favor marque sí o no)

Enfermedad de corazón	____ Si	____ No	Tos	____ Si	____ No
Fiebre Reumática	____ Si	____ No	Artritis	____ Si	____ No
Presión Alta	____ Si	____ No	Derrame Cerebral	____ Si	____ No
Presión Baja	____ Si	____ No	Glaucoma	____ Si	____ No
Úlcera/Reflujo ácido	____ Si	____ No	Sífilis	____ Si	____ No
Tuberculosis	____ Si	____ No	Gonorrea	____ Si	____ No
Enfermedad de Pulmones	____ Si	____ No	Herpes	____ Si	____ No
Diabetes	____ Si	____ No	Prolapso de la Válvula Mitral	____ Si	____ No
Enfisema	____ Si	____ No	Trastorno de Nervios	____ Si	____ No
Anemia	____ Si	____ No	Anemia de Células Falciformes	____ Si	____ No
Cardiopatía Congénita	____ Si	____ No	Válvula de Corazón Artificial	____ Si	____ No
Enfermedades Transmisibles	____ Si	____ No	Enfermedad del Hígado	____ Si	____ No
Hemofilia	____ Si	____ No	Leucemia	____ Si	____ No
Psiquiátrico/ Enfermedad Mental	____ Si	____ No	Problema Respiratorio	____ Si	____ No
Adicción	____ Si	____ No	Marcapasos Cardíaco	____ Si	____ No
SIDA/Virus de la inmunodeficiencia humana	____ Si	____ No	Enfermedad de Transmisión Sexual	____ Si	____ No
Articulaciones Artificiales	____ Si	____ No	Cáncer	____ Si	____ No
Tratamiento de Radiación	____ Si	____ No	Tobillos Hinchados	____ Si	____ No
Sangrado Prolongado	____ Si	____ No	Enfermedad de la Tiroides	____ Si	____ No
Desmayos/ Convulsiones	____ Si	____ No	Dolor de Pecho	____ Si	____ No
Excesiva de Orinar	____ Si	____ No	Fácilmente sin Aliento	____ Si	____ No
Soplo Cardíaco	____ Si	____ No	Epilepsia/Convulsión	____ Si	____ No
Hepatitis/ Ictericia o Piel Amarilla	____ Si	____ No	Enfermedad Renal	____ Si	____ No
Asma	____ Si	____ No	Reemplazo de la Articulación	____ Si	____ No
Implante	____ Si	____ No	Ataque Cardíaco	____ Si	____ No
Fiebre de Heno/Seno Paranasal	____ Si	____ No	Otra Enfermedad?(nota abajo)	____ Si	____ No

¿Tiene alguna condición médica que no está listado arriba? ____ Si ____ No ¿Si, para qué? _____

¿Utiliza Tabaco? ____ Si ____ No

¿Utiliza Sustancias Controladas? ____ Si ____ No

¿Has tomado Phen-Pantano o Redux? ____ Si ____ No

Sólo Mujeres:

¿Está embarazada o piensa que usted quizás esté? ____ Si ____ No

¿Estas dando pecho? ____ Si ____ No

¿Estas tomando anticonceptivos orales? ____ Si ____ No



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Es usted alérgico a, o ha tenido alguna reacción a la siguiente?

- Penicilina ___ Si ___ No Síntomas: _____
- Otros Antibióticos ___ Si ___ No Síntomas: _____
- Anestésicos Locales ___ Si ___ No Síntomas: _____
- Metales ___ Si ___ No Síntomas: _____
- Aspirina ___ Si ___ No Síntomas: _____
- Las Sulfas ___ Si ___ No Síntomas: _____
- Goma de Látex ___ Si ___ No Síntomas: _____
- Sedantes ___ Si ___ No Síntomas: _____

¿Tiene algún tipo de alergia que no han mencionado en la lista? ___ Si ___ No

¿Si, lista por favor? _____

Medicamentos:

¿Está tomando algún medicamento? ___ Si ___ No

¿Si, por favor nombrar todos los medicamentos:

Historia Dental:

Nombre de su último dentista: _____ **Fecha de su último examen:** _____

Tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

- ¿Dientes sensibles? ___ Si ___ No ¿Dolores de cabeza frecuentes? ___ Si ___ No
- ¿Dientes dolorosos? ___ Si ___ No ¿Ha tenido algún trabajo de ortodoncia? ___ Si ___ No
- ¿Mandíbula o dolor en la cara? ___ Si ___ No ¿Le gusta su sonrisa? ___ Si ___ No
- ¿Aprieta o rechina los dientes? ___ Si ___ No

Autorización y liberación de Historial médico:

Certifico que he leído y comprendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Autorizar los dentistas para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examen rendido a mí o a mi hijo durante el período de dicha atención dental a los pagadores de terceros y o a profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o un seguro de grupo dental de otro modo pagadero a mí. Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la factura actual de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes.

X _____
 Firma del Paciente/Padres/Tutor

-----**SOLO PARA USO OFICIAL**-----

Doctor's Comments: _____

Updates: Date: _____ Any Changes? _____ Initials: _____
 Date: _____ Any Changes? _____ Initials: _____