

Forma de registro de la cuenta del ADULTO

Fecha de hoy: _____

Imprímalo hacia fuera, complete la información y envíela por telefax a: **610-337-3863** - *O traiga con usted a la cita.*

Nombre del paciente		Sec social #	
Dirección		Tel# casero	
Fecha de nacimiento		Célula #	
Patrón		¿Cuanto tiempo allí?	
Dirección del trabajo		Trabajo Tel#	
Su ocupación		Estado (Círculo uno)	De menor importancia/ solo/casó Widowed divorciado/separado
Email address		Nombre del esposo	
Persona y teléfono primarios # del contacto de la emergencia		Contacto de la emergencia y teléfono secundarios	
Médico y teléfono primarios # del cuidado		Lengua primaria hablada	
¿Quién podemos agradecer por referirle?			
Incorpore los nombres/las edades de niños si cualquiera			

Persona responsable del pago de la cuenta

Nombre:		Seguridad Social #	
Relación al paciente		Licencia de conductor #	
Dirección que manda la cuenta			
Método del pago	Compruebe/ efectivo/ _____ Exp de la tarjeta de crédito (entre en la tarjeta #): _____		

Información del seguro dental

Seguro dental primario Co.		Grupo #	
Nombre del asegurado		ID#	
Relación al paciente		Fecha del nacimiento	
Seguro secundario Co.		Grupo #	
Nombre del asegurado		ID#	
Relación al paciente		Fecha del nacimiento	

Autorizo por este medio el pago directamente a los dentistas de los asociados dentales superiores de Merion de las ventajas del seguro colectivo de otra manera pagaderas a mí.

X _____ (Firma del asegurado)

Es la política de nuestra oficina que el padre o el guarda que acompaña el niño y el tratamiento de las peticiones es responsable del pago de todos los honorarios a la hora de servicio a menos que se hayan aprobado los arreglos anteriores. En caso de defecto de esta cuenta, acuerdo pagar costes de la colección en el equilibrio excepcional.

X _____ (Firma del padre/del guarda)