

## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA:
SI ES NIÑO/A:	NOMBRE DE LA MADRE	NOMBRE DEL PADRE
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO:	ESTATUS CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/VIVIENDO EN PAREJA <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:		
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:		NÚMERO DE TELEFONO DE PREFERENCIA: (   )
CORREO ELECTRONICO:		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:		
NÚMERO DE TELEFONO DE TRABAJO: (   )		<input type="checkbox"/> MARQUE AQUI SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO DENTAL
HA SIDO ATENDIDO POR ALGUNO DE LOS PROVEEDORES DE ADELANTE HEALTHCARE PARA SUS PROBLEMAS MEDICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

## INFORMACION DE CONTACTO PARA EMERENCIAS

NOMBRE:	NÚMERO DE TELEFONO DE CASA:
DIRECCIÓN:	NÚMERO DE TELEFONO DE TRABAJO:
CIUDAD, ESTADO, CODIO POSTAL:	NÚMERO DE TELEFONO MÓVIL:

## INFORMACION ADICIONAL

IDIOMA PRIMARIO:	ES VETERANO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RAZA:   Seleccione los que apliquen <input type="checkbox"/> ASIATICO <input type="checkbox"/> HAWAIIANO/A NATIVO <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> NEGRO/ AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER	ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <hr/> TIENE USTED DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDE SI – POR FAVOR PROVEA UNA COPIA A NUESTROS EMPLEADOS DE OFICINA SI RESPONDE NO – PUEDE OBTENER INFORMACION ACERCA DE LA DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA DE NUESTROS EMPLEADOS DE OFICINA
SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI RESPONDIO SI: DONDE SE HOSPEDA: <input type="checkbox"/> REFUGIO <input type="checkbox"/> HOGAR DE TRANSICION <input type="checkbox"/> CON OTROS <input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> OTRO	HA SIDO EL TRABAJO AGRICOLA SU PRINCIPAL FUENTE DE TRABAJO EN ALGUNA OPORTUNIDAD (POR ESTACIONAL/MIGRANTE)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (SI ES NO – YA TERMINO CON ESTA SECCION) ALGUNA VEZ USTED O ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE HA MUDADO SIGUIENDO UN TRABAJO AGRICOLA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PARA QUALQUIER MIEMBRO FAMILIAR QUE YA NO TRABAJA EN LA AGRICULTURA, ES DEBIDO A UNA INCAPACIDAD O POR SER DE EDAD MAYOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>SI NECESITA ALGUNA AYUDA CON ESTA SECCION, POR FAVOR PREGUNTELE A NUESTRO PERSONAL PARA INFORMACION ADICIONAL</i>

POR FAVOR INDIQUE QUE CATEGORIA DE LETRA REPRESENTA EL TAMAÑO DE SU FAMILIA E INGRESO (VEA HOJA ANEXA)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA _____
--	---

**LA PERSONA RESPONSABLE POR LOS CARGOS SI NO ES EL PACIENTE**

NOMBRE:	EMPLEADOR:
DIRECCIÓN:	NÚMERO DE TELEFONO DE CASA:
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:	NÚMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO:
FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE TELEFONO MÓVIL:

**INFORMACION DE SEGURO**

SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO, NO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN

<b>SEGURO PRINCIPAL</b>	<b>SEGURO SECUNDARIO</b>
NOMBRE DEL SEGURO:	NOMBRE DEL SEGURO:
DIRECCIÓN DE RECLAMOS:	DIRECCIÓN DE RECLAMOS:
<input type="checkbox"/> PLAN DE SEGURO COLECTIVO <input type="checkbox"/> PLAN INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/> PLAN DE SEGURO COLECTIVO <input type="checkbox"/> PLAN INDIVIDUAL
ASEGURADO/A: <input type="checkbox"/> SÍ MISMO/A <input type="checkbox"/> ESPOSO/A <input type="checkbox"/> PADRE	ASEGURADO/A: <input type="checkbox"/> SÍ MISMO/A <input type="checkbox"/> ESPOSO/A <input type="checkbox"/> PADRE
NOMBRE DEL/LA ASEGURADO/A:	NOMBRE DEL/LA ASEGURADO/A:
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:
NO. DEL MIEMBRO:	NO. DEL MIEMBRO:
NO. DEL GRUPO #:	NO. DEL GRUPO #:

A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR SER REFERIDO/A NUESTRA PRACTICA? \_\_\_\_\_

Certifico que la información proporcionada se encuentra, a mi entender, al día, completa y veraz. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios de salud proporcionados por Adelante Healthcare independientemente de si tengo seguro o no. Entiendo que aunque Adelante Healthcare tiene contratos con varios planes de seguro médico, es mi responsabilidad verificar con mi plan, que Adelante Healthcare sea un proveedor participante. Es mi responsabilidad saber cuales servicios están o no están cubiertos. Entiendo que yo soy responsable por todos los cargos a pesar del plan de seguro médico. Reservamos el derecho de cobrar una tarifa por cuentas sin pagar y cheques regresados. Seguidamente entiendo que autorizo a Adelante Healthcare a someter formas de mi plan de seguro médico junto a historiales médicos necesarios para obtener pago. Entiendo que Adelante Healthcare utiliza una agencia de cobros externa con el fin de cobrar las cuentas atrasadas y que si mi cuenta no se paga en su totalidad después de 60 días a partir de la fecha del servicio, mi cuenta puede ser entregada a esta agencia. Yo consiento la autorización para todos los exámenes incluyendo exámenes físicos, radiografías, y procedimientos de laboratorio los cuales podrían ser necesarios según la opinión del medico para propósitos de diagnóstico.

Es muy importante mantener todas sus citas programadas. Si usted no es capaz de mantener su cita, usted debe notificarnos tan pronto posible. Le pedimos avisarnos por lo menos 24-48 horas antes, así podamos usar esas horas de citas para otros pacientes. Citas que sean frecuentemente pérdidas pueden resultar en despido de la práctica dental.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA