Bienvenido a Bristol Dental and Orthodontics
2502 S. Bristol St.
Santa Ana, CA 926704

1 Paciente

Día de Hoy:_____

Nombre:_____Tel.:_____Cel.:_____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____Apt:_____Ciudad: _____Código Postal:_____

¿Tiempo viviendo en esta dirección?:_____e-mail:_____

No. de Seguro Social :_____No. de ID:_____Edad: ____Fecha de nacimiento:_____

2 Para conocerle un poco más

¿Cómo le gustaría ser contactado: □teléfono, □e-mail o□mensaje de texto?

¿Hay algún otro miembro en su hogar que no sea paciente de nuestra oficina? □Si □No

Por favor escriba en las siguientes líneas sus nombres y qué relación tiene con ellos (hijo, hija, esposo/a):

1. _____2. _____

3. _____4._____

¿Cómo escuchó de nosotros?_____

¿Es usted o alguna persona de su familia miembro de un sindicato (Unión)? □Si □No

Si la respuesta es afirmativa, especifique cuál Sindicato (Unión) / Local:_____

Prefiero que toda la información me sea entregada en Español □Si □ No

3 Empleo

Ocupación:_____Empleador:_____

¿Cuánto tiempo?:_____Tel.:_____Ext:_____

Dirección comercial:_____Ciudad:_____Código Postal:_____

1. Por medio de la presente hago constar que la información indicada anteriormente es verdadera y se confiará en ella para concederme crédito y proveer tratamiento dental. Entiendo que soy económicamente responsable por los cargos o pagos no cubiertos por mi seguro por cualquier razón.
2. Al firmar al pie de esta página entiendo que ustedes pueden verificar e intercambiar información sobre mí y cualquier solicitante adicional incluyendo el requerir informes de las agencias de información crediticia.
3. Por medio de la presente autorizo el pago directo de los beneficios de mi Seguro Dental a Bristol Dental and Orthodontics, que de lo contrario serian pagados directamente a mí. Comprendo que soy económicamente responsable de cualquier cargo no cubierto por mi Seguro Dental. Autorizo que se emita cualquier información relacionada a qualquier reclamo o reclamos dentales.
4. Entiendo que Bristol Dental and Orthodontics proporciona servicios de apoyo para el manejo de negocios a dentistas independientes y reconozco que esta oficina dental es operada por un dentista independiente. Reconozco que cada dentista es individualmente responsable del cuidado dental proveído a mi persona, ni otro dentista, ni Bristol Dental and Orthodontics es responsable por mi tratamiento dental.

_____ _____

Firma del Paciente **Fecha**
(Padre o Madre si el paciente es menor de edad)