



Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Información de los Padres

Dr.  Sr.  Sra.  Srta.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dentista de los Padres: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado  Divorciado

Dr.  Sr.  Sra.  Srta.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dentista de los Padres: \_\_\_\_\_

Separado  Viudo  Soltero

### Información de la Aseguranza

#### ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente ala de arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ID de Aseguranza #: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grupo ó Número de Plan: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono - Compañía de Seguros: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente ala de arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ID de Aseguranza #: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Grupo ó Número de Plan: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono - Compañía de Seguros : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los tratamientos dentales y medicamentos proporcionados a mi hijo. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que estimado por los servicios prestados a mi hijo. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos sean o no pagados por mi compañía de seguros. Asigno directamente a Poiset y Asociados todos los beneficios dentales otro modo pagadero a mí por los servicios prestados a mi hijo.

Entiendo que un cargo financiero de 0.83% por mes se añadirá a todos los saldos de más de 90 días. Si la acción legal y / o la asignación a un abogado o agencia de cobranza fuera necesaria, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de colección, incluyendo los costos judiciales, comisiones de agencia de colección y costos y honorarios de abogado razonables.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Aviso de Normas de Privacidad

He revisado el documento titulado "Aviso denormas de privacidad" para Poiset y Asociados. Entiendo y estoy de acuerdo con el contenido de este document, específicamente el párrafo 1A.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Autorización para Compartir Información de Salud

Autorizo a los médicos y el personal de Poiset y Asociados para obtener, usar y revelar la Información de Salud Protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Esta información incluye, pero no está limitado al historial de salud de mi hijo, registros de diagnóstico, el diagnóstico y el tratamiento proporcionado.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_