



205 West Hwy 95 PO Box 420 Parma, ID 83660  
[www.trailridgefamilydental.com](http://www.trailridgefamilydental.com)  
e-mail: trailridgefamilydental@hotmail.com

## Registro De Pacientes

Nombre: \_\_\_\_\_ El Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo preferiría usted ser contactado?  Casa  Cellular  Trabajo  Texto  Correo electrónico

Número del seguro social: \_\_\_\_\_ La fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

El Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Enviudado

Género:  Hombre  Mujer

Nombre de Esposa/Esposo: \_\_\_\_\_

Esposa/Esposo Empresario: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Si paciente es un menor, da por favor el nombre de guardián: \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró usted de nosotros?  La Referencia paciente (el Nombre de Paciente) \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

## INFORMACION de SEGURO

Los suscriptores Denominan: \_\_\_\_\_ La relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Suscriptor identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de suscriptor: \_\_\_\_\_

El seguro Co: \_\_\_\_\_ El grupo#: \_\_\_\_\_

¿Es cubierto el paciente por seguro adicional?  Si  No

Los suscriptores Denominan: \_\_\_\_\_ La relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Suscriptor identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de suscriptor: \_\_\_\_\_

El seguro Co: \_\_\_\_\_ El grupo#: \_\_\_\_\_

## La TAREA Y SUELTA

Certifico que yo (o mi Dependiente) tiene cobertura como indicado y asigna directamente a esta oficina todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mí para servicios rendidos. Comprendo que soy financieramente responsable de todas las cargas sin tener en cuenta si pagado por seguro. Autorizo al médico a soltar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todos los sumisiones de seguro.

Firma responsable de Partido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_