



Por favor indique cual departamento está solicitando como un paciente: Medical Dental* Los Dos

**Tenga en cuenta que dental tiene una lista de espera.*

SECCIONE 1: INFORMACIÓN DE ADULTO (18 años y mayor)

_____/_____/_____
NOMBRE DE PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO Sexo: H M

DIRECCIÓN -- CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL

_____-_____-_____
NUMERO TELÉFONO PRIMARIA NUMERO TELÉFONO CELULAR NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO

¿ES USTED VETERANO? SI NO

IDIOMA PRIMARIO RAZA HISPANO / LATINO SI NO

CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DEL ESPOSO(A) / PAREJA / PODER LEGAL Pareja Padre/Madre Poder Legal

_____/_____/_____
NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN – CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL

_____-_____-_____
NUMERO TELÉFONO PRIMARIA NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECCIONE 2: INFORMACIÓN DE NIÑO (17 años y menor)

_____/_____/_____
NOMBRE DE PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO Sexo: H M

DIRECCIÓN -- CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL

_____-_____-_____
NUMERO TELÉFONO PRIMARIA NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

IDIOMA PRIMARIO RAZA HISPANO / LATINO SI NO



INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIÁN

Padre /Madre Guardian Legal

MADRE / GUARDIÁN LEGAL FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN - CUIDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NUMERO TELÉFONO PRIMARIA NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
CORREO ELECTRÓNICO

PADRE / GUARDIÁN LEGAL FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN - CUIDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
NUMERO TELÉFONO PRIMARIA NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
CORREO ELECTRÓNICO

SECCION 3: CONTACTO DE EMERGENCIA (para todos los pacientes)

CONTACTO DE EMERGENCIA NUMERO TELÉFONO PRIMARIA

SECCION 4: INFORMACION DE SEGURANZA

MEDICARE / MEDICAID / MANAGED CARE

MEDICAID MMIS # MEDICARE #

¿Usted paga en efectivo? SI NO (Una escala de descuento es requerido para todos los pacientes que pagan en efectivo)

COBERTURA DE SEGURO DEL PACIENTE - MEDICO

SEGURO PRIMARIA ID # GROUP #
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR RELACION AL PACIENTE
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIEAL DEL SUSCRIPTOR



SEGURO SECUNDARIA

ID #

GROUP #

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

RELACION AL PACIENTE

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR

_____-_____-_____
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIEAL DEL SUSCRIPTOR

COBERTURA DE SEGURO DEL PACIENTE – DENTAL

SEGURO PRIMARIA

ID #

GROUP #

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

RELACION AL PACIENTE

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR

_____-_____-_____
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIEAL DEL SUSCRIPTOR

SEGURO SECUNDARIA

ID #

GROUP #

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

RELACION AL PACIENTE

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR

_____-_____-_____
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIEAL DEL SUSCRIPTOR

Yo por lo presente autorizo el permiso de publicación de cualquier información médica/dental necesaria para el proceso de seguro terceros pagadores. Yo también autorizo que los beneficios de seguro sean pagados directamente a Community Health Services. Entiendo que si mi seguro no paga, soy responsable del pago de los servicios proporcionados.

FIRMA DE: PACIENTE PADRE/MADRE GUARDIÁN LEGAL CUIDADOR

_____/_____/_____
FECHA