



2019

Chart Number _____
(for internal use only)

Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland * South Tacoma * Gig Harbor * Bremerton

Nos complace dar la bienvenida a usted y su hijo a nuestra práctica. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario anual de información para el paciente tan completamente como sea posible. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarle. Esperamos trabajar con usted en el mantenimiento de la salud dental de su hijo.

Fecha: _____

Nombre del niño/paciente _____

Sobrenombre _____

Sexo M F

Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Número de teléfono () — () — () —
Celular Casa Trabajo

Domicilio _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Domicilio Postal _____
Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre del Padre/Tutor _____ Relación _____

Contacto en caso de Emergencia _____
Nombre Teléfono Relación

Correo electrónico : _____

Al proporcionar su correo electrónico, le está dando permiso a LDCC para contactarle vía correo electrónico. Contacto incluirá, pero no limitado a, confirmaciones y recordatorios de citas, comunicaciones relacionadas con información sobre el tratamiento, información sobre las clínicas, boletines informativos de LDCC, eventos especiales y otros. LDCC no compartirá su información.

¿Cómo enteraste de LDCC?: _____

En mi ausencia, doy permiso para que los siguientes adultos lleven a mi hijo a LDCC, tomen decisiones del cuidado de su salud y presten consentimiento para el tratamiento. Esta autorización es buena para este año.

Nombre Relación Teléfono () —

Nombre Relación Teléfono () —

Nombre Relación Teléfono () —

Fecha de última visita al dentista _____ Para que servicios? _____

IMPORTANTE—FAVOR DE COMPLETAR LA PARTE DE ATRAS

Información Sobre el Seguro Dental

LDCC acepta WA Apple Health (Medicaid/Provider One), casi todo tipo de seguro privado y ofrece una escala de tarifa. Por favor, háganos saber que opciones se aplican a su hijo.

Por favor revise y proporcionar información para todas las que apliquen

PRIMARIA

SECUNDARIA

WA Apple Health (Provider One): _____ WA

Por favor proporcione los 9 dígitos de la tarjeta de Provider One/Seguranza del estado de WA

Seguranza Privada Primaria:

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del Suscriptor: ____/____/____

de ID del Suscriptor/ o # de DOD: _____ # de Grupo o Póliza: _____

Compañía de seguros: _____ Dirección de la Compañía seguros: _____

Nombre del empleador: _____ # de teléfono de la seguranza: _____

Domicilio del suscriptor: _____

Seguranza Privada Secundaria:

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del Suscriptor: : ____/____/____

de ID del Suscriptor/ o # de DOD: _____ # de Grupo o Póliza: _____

Compañía de seguros: _____ Dirección de la Compañía seguros: _____

Nombre del empleador: _____ # de teléfono de la seguranza: _____

Domicilio del suscriptor: _____

Escala de tarifa: Estoy interesado en aplicar para asistencia financiera por los servicios prestados por LDCC. Para recibir ayuda financiera, debe completarse una solicitud de atención de caridad independiente junto con proporcionar comprobante de ingresos sobre una base anual.

Nos complace que muchos de ustedes tengan beneficios dentales y nuestra oficina le ayudará a obtener los beneficios máximos especificados en su contrato. Sus beneficios son un contrato entre usted, su empleador y un portador. Le ayudaremos a determinar sus beneficios lo mejor que podamos. Porque unos planes diferencian de portador a nuestra oficina y póliza a la póliza, muchos refieren a su operador o Coordinador de beneficios de su empleador para obtener ayuda en la comprensión de su plan. Como una cortesía a usted, su reclamo de beneficios y nos acepte asignación de beneficios. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunos portadores y los empleadores seleccionan sólo algunos servicios que se cubrirán. Usted es responsable del pago de todos los servicios sin tener en cuenta el beneficio a pagar.

POLÍZA FINANCIERA Y SEGURO

Autorizo a Lindquist Dental Clinic for Children o a mi compañía de seguros, para divulgar cualquier información necesaria para el pago o la revisión de las reclamaciones dentales. Soy financieramente responsable a Lindquist Dental Clinic for Children para saldos debidos y asigno mis beneficios a Lindquist Dental Clinic for Children. Su parte del pago y el pago conjunto (la cantidad que su seguro no cubre) o si usted no tiene seguro, el saldo es debido al tiempo de servicio a menos que se adopten otras disposiciones. He leído y entiendo esto.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento considerados necesarios para diagnosticar completamente las necesidades dentales del paciente. Si el paciente es un menor de edad y/o bajo cuidado de custodia, la siguiente parte responsable representa que están legalmente autorizadas a obtener servicios médicos para el paciente.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____