



Formulario de Inscripción del Paciente

Información General

Nombre _____ Seguridad Social # _____
First Last Initial

Dirección _____ Teléfono# _____

Ciudad _____ Estados _____ Código Postal _____

SEXO M F Raza _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____
Solo Casado Viudos Divorciado

Dirección de correo electrónico _____

El nombre de la parte responsable _____ Empleados por _____

Nombre de la empresa _____

Número de teléfono de la empresa _____

Dirección comercial _____

Ingreso mensual _____ Número de dependientes _____

Fuente de ingresos: AFDC: \$ _____ SSI: \$ _____ PENSIÓN: \$ _____ NIÑO DE APOYO:
\$ _____ SEG SOC: \$ _____ AUTOEMPLEO: \$ _____ EL DESEMPLEO: \$ _____

Necesita ayuda con la traducción? Yes No

Tiene alguna discapacidad física? Yes No

SU NIVEL DE EDUCACIÓN: (RODEE CON UN CÍRCULO)

NO HA TERMINADO LA ESCUELA SECUNDARIA DIPLOMA DE LA ESCUELA SECUNDARIA
LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA

Nombre de contacto de emergencia: _____

Telephono #: _____ Relación al paciente _____

Otra persona autorizada para llevar a su hijo al médico _____

SEGURO PRIMARIO

Medicare # _____ Medicaid # _____

Compañía de seguros _____

Contrato # _____ Grupo # _____ Suscriptor # _____

Nombre del asegurado _____ Empleados por _____
Primer Apellido

Relación al paciente _____ DOB _____ Seg. Soc # _____

Dirección (si es diferente de la del paciente) _____

Telephono _____ (Celda/Casa/Otros)



ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Yo, el abajo firmante certifica que toda la información proporcionada es correcta. Entiendo que soy responsable por cualquier y todos los cargos no cubiertos por el seguro del programa en el que se me concede. Por la presente autorizo The Smile Connection at Bond Community Health Center para liberar cualquier información para cobrar el pago de las prestaciones. Autorizo el uso de esta firma sobre todos los pagos y envíos seguros.

PACIENTE/TUTOR FIRMA

FECHA

TESTIGOS DE LA FIRMA

FECHA