

Información de Registro del Paciente - Por favor, Imprimir con tinta de color negro o azul

Título	Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	Preferido	Género
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Estado civil	Correo electrónico		
Dirección de su casa	Apartamento o número de caja postal	Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono casero	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono móvil	Número de contacto preferido		
Contacto de emergencia - Nombre		Relación	Teléfono durante el día No.	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Origen étnico/ Etnia (opcional) Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Los Indios Americanos / Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano / Latino / Español Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

Información del Guardián

Título	Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre	Género
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Estado civil	Relación	
Dirección de su casa	Apartamento o Caja postal	Ciudad	Estado	Correo electrónico
Número de teléfono casero	Número de teléfono durante el día	Número de teléfono móvil	Número de contacto preferido	

Primaria Dental Insurance Information del Paciente

Nombre del suscriptor	Identificación del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	Compañía de seguro	Grupo No.
Empleador	Dirección del empleador	Relación del suscriptor al paciente		

Secundaria Dental Insurance Información del Paciente

Nombre del suscriptor	Identificación del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	Compañía de seguro	Grupo No.
Empleador	Dirección del empleador	Relación del suscriptor al paciente		

Cesión de beneficios y la divulgación de información

Autorizo a la Universidad de la Escuela de Odontología de Michigan (UMSD) o la Facultad Asociados (DFA) para liberar cualquier y toda la información contenida en mis registros dentales / médicos a (a) cualquier tercero pagador, agencias o compañías de seguros o de sus agentes que puede ser responsable en su totalidad o en parte, para pagar los gastos asociados con mi tratamiento; (b) cualquier institución de salud o proveedor con el fin de facilitar atención continua y el tratamiento; (c) los abogados o agencias que representan a la UMSD o la DFA en relación con las acciones de cobro contra los aseguradores, plan de beneficios, o el paciente, o inmuebles; y (d) cualquier agencia federal o estatal como lo exige la ley.

Asigno y autorizo el pago directo de todos los beneficios de atención médica y otras formas de pago de cualquier tipo que se refieren a la atención proporcionada a mí en el UMSD, la DFA o sus clínicas fuera del sitio para su aplicación en mi factura (s). Asigno a la UMSD o el DFA todos los reclamos de beneficios o cualquier derecho o reclamo que pueda tener en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleo (ERISA) o otras leyes aplicables relacionadas, en contra de cualquier compañía de seguros, empleado, fideicomisario, fiduciario, el plan de bienestar de los empleados, los empleados asociación de beneficios, u otra persona que pueda ser responsable de pagar los cargos debido a la UMSD o la DFA para mi cuidado, y están de acuerdo en que el UMSD o el DFA pueden perseguir cualquier pretensión de estos beneficios, ya sea o no elijo a ejercer esta reclamación. Garantizo la plena responsabilidad financiera para el pago de todos los gastos asociados a mi cuidado y tratamiento, incluyendo cualquier porción de los cargos no pagados por el seguro, incluyendo seguro de vehículo de motor, compensación al trabajador o los organismos sociales y de acuerdo en pagar la misma en el momento de la entrega de servicio, alta del tratamiento, o en cualquier forma interina. Estos gastos incluyen pero no se limitan a los deducibles, co-seguros, servicios de prestaciones no cubiertas, y los servicios que requieren autorización previa que no estaban autorizados)

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha

Relación con el paciente

Firma del testigo
(Witness Signature)

Fecha
(Date)