EDISTO ORAL SURGERY

Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Por favor complete todas las secciones de forma completa y precisa. Esta información nos ayuda a brindarle una atención quirúrgica segura y eficiente.

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido(s): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

N.º de Seguro Social: _____ N.º de licencia de conducir: _____

Dentista general: _____ Médico que lo refiere: _____

Farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____

Contacto de emergencia: *(Que no viva con usted)* _____ Teléfono: _____

PERSONA RESPONSABLE DE SU CUENTA

☐ Yo mismo (omita esta sección) ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Madre Otro: _____

Nombre: *(Debe estar presente hoy)* _____ Apellido(s): _____

Correo electrónico: _____ N.º de licencia de conducir: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ N.º de Seguro Social: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Nombre del seguro dental principal: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nac.: _____

N.º de miembro: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del empleador: _____

Relación con el titular: ☐ Yo mismo ☐ Padre/Madre ☐ Hijo(a) ☐ Cónyuge Otro: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre del seguro médico principal: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nac.: _____

N.º de miembro: _____ N.º de grupo: _____

Relación con el titular: ☐ Yo mismo ☐ Padre/Madre ☐ Hijo(a) ☐ Cónyuge Otro: _____

EDISTO ORAL SURGERY

Eric Olendorf, DDS • Cirujano Oral Certificado

1175 Cook Road, Suite 125
Orangeburg, SC 29118
p: (803) 534-5444 f: (803) 531-3668

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

HONORARIOS Y PAGOS

Hacemos todo lo posible por mantener bajo el costo de su atención. Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al cirujano y no sustituye el pago. Algunas compañías pagan montos fijos por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, coseguro o cualquier otro saldo que su seguro no cubra. Usted será responsable de todos los costos de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales.

AVISO DE MEDICARE (NO PARTICIPANTE)

Nuestros proveedores han decidido no participar como proveedores de Medicare. Por lo tanto:

- No podemos presentar reclamaciones a Medicare en su nombre.
- Usted no puede presentar reclamaciones a Medicare por los servicios prestados en este consultorio.
- Usted será responsable del pago total en el momento del servicio.
- Usted acepta la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados.

AVISO HIPAA (AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN)

Estamos comprometidos con la protección de su privacidad. No divulgamos su información médica o personal fuera de sus redes de proveedores y de seguros sin su autorización por escrito.

Si desea que compartamos los detalles de sus citas o su información de salud con otras personas, por favor indíquelas a continuación:

Persona(s) autorizada(s):

1. Nombre: _____ Parentesco: _____
2. Nombre: _____ Parentesco: _____

Por la presente reconozco que he leído y comprendido las políticas y avisos anteriores, y que se me ha ofrecido una copia (o acceso a ellos), incluidos el Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA), la Política de Honorarios y Pagos y el Aviso de Medicare (No Participante). Entiendo que estas políticas me han sido explicadas y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre su contenido. Además, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del paciente / tutor Fecha